

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CUIDADO CULTURAL EN EL HOGAR AL ADULTO MAYOR  
DEPENDIENTE DISTRITO - LA VICTORIA 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS**

**MARILU INGA LOPEZ  
YESSSENIA LILIANA CISNEROS DE LOS RIOS**

**ASESOR (A)**

**Dra. ROSA JEUNA DIAZ MANCHAY**

**Chiclayo, 2019**

## **DEDICATORIA**

La presente investigación lo dedico en primer lugar a Dios por bendecirme, guiarme y permitir la realización de este trabajo, a mi madre que desde el cielo me ilumina, me protege y ayuda y fue quien en vida me brindo todo su amor, apoyo y comprensión y por último a mi hijita a quien amo con todo mi corazón, es el motor y motivo principal para culminar con éxito mi carrera profesional.

*Yessenia Liliana Cisneros de los Rios.*

## **DEDICATORIA**

A Dios, por brindarme cada día: fuerza, fortaleza, entusiasmo, ideas nuevas y sobre todo por poner en mi camino a personas maravillosas que me han guiado, ayudado y apoyado en la elaboración del presente trabajo de investigación.

A mi madre, por estar siempre a mi lado apoyándome, aconsejándome, brindándome palabras de aliento en los momentos difíciles, recordándome que cada propósito tiene un fin.

*Marilu Inga Lopez.*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por la vida, las nuevas oportunidades, la fuerza y fortaleza que cada día nos envió para seguir adelante y concluir con esta etapa, que nos permitirá abrir caminos para seguir creciendo personal y profesionalmente.

A nuestra asesora Dra. Rosa Jeuna Díaz Manchay por aceptar ser nuestra guía durante la elaboración del presente trabajo investigativo, por su constancia, tiempo, sus palabras de aliento y sobre todo por ser esa mano amiga que se necesita en los momentos difíciles. A los miembros del jurado por sus valiosos aportes que nos sirvieron para direccionar y mejorar este trabajo investigativo.

Al escenario institucional Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre, a la enfermera de PADOMI por su amabilidad en cedernos la información solicitada.

A los familiares cuidadores por permitirnos ingresar a sus hogares y conocer su escenario natural, sus estilos de vida, sus creencia y costumbres las cuales ponen en práctica al momento de brindar los cuidados al adulto mayor dependiente.

*Las autoras*

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	<b>2</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>7</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>13</b>
2.1. Antecedentes del Problema	13
2.2. Base Teórico - Científica	15
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>20</b>
3.1. Tipo de Investigación	20
3.2. Abordaje Metodológico	20
3.3. Sujetos de Investigación	20
3.4. Escenario	23
3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	24
3.6. Procedimientos	27
3.7. Análisis de Datos	28
3.8. Criterios Éticos	31
3.9. Criterios de Rigor Científico	32
<b>IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>33</b>
<b>V. CONSIDERACIONES FINALES</b>	<b>98</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>101</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>104</b>
<b>VIII. ANEXOS</b>	<b>117</b>

## RESUMEN

La presente investigación de tipo cualitativa, con abordaje etnográfico, tuvo como objetivos: Describir, comprender e interpretar el cuidado cultural en el hogar al adulto mayor dependiente del Distrito la Victoria, 2018. La muestra se determinó por técnica de saturación y redundancia, siendo los informantes 15 familiares cuidadores de los adultos mayores postrados en cama, que pertenecen al programa de atención domiciliaria del policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre-EsSalud. Para la recolección de datos se utilizó la observación participante y entrevista etnográfica, validada por juicios de expertos y posteriormente se realizó la prueba piloto. El procesamiento de los datos se realizó mediante el análisis temático de según Spradley. Durante la investigación se tuvo en cuenta los criterios de rigor científico y los principios de la bioética personalista. Resultados: A) Necesidades y preferencias nutricionales del adulto mayor dependiente en el hogar: dieta balanceada, suplementos nutricionales y “gustitos”; B) Materiales y habilidades del familiar cuidador para la higiene del adulto mayor dependiente en el hogar C) Prevención y tratamiento de úlceras por presión al adulto mayor dependiente en el hogar D) Administración de medicamentos, uso de equipos médicos y plantas medicinales para tratamiento del adulto mayor dependiente en el hogar; E) Ocio en hogar, actividad recreativas y prácticas religiosas del adulto mayor dependiente en el hogar. Conclusión: los familiares cuidadores en el hogar brindan cuidados al adulto mayor dependiente en base a sus creencias, costumbres, estilos de vida propios de su cultura, pero intentan equilibrar las indicaciones del personal de salud con las preferencias del paciente, implementan y ambientan la habitación del paciente con aspectos tecnológicos de la salud.

**Palabras clave:** Cultura, cuidado, anciano y familiar cuidador.

.

(Términos DeCS)

## **ABSTRACT**

The present investigation of qualitative type, with ethnographic approach, had like objectives: To describe, to understand and to interpret the cultural care in the home to the greater dependent adult of the District the Victory, 2018. The sample was determined by technique of saturation and redundancy, being the informants 15 family caregivers of older adults bedridden, belonging to the home care program of the Carlos Castañeda Iparraguirre-EsSalud polyclinic. For the data collection, participant observation and ethnographic interview was used, which was validated by expert judgments and subsequently the pilot test was carried out. The processing of the data was done through the thematic analysis of Spradley. During the research, the criteria of scientific rigor and the principles of personal bioethics were taken into account. Results: A) Needs and nutritional preferences of the elderly dependent in the home: balanced diet, nutritional supplements and "gustitos"; B) Materials and skills of the relative caregiver for the hygiene of the dependent elderly person in the home C) Prevention and treatment of pressure ulcers to the dependent elderly person in the home D) Administration of medicines, use of medical equipment and medicinal plants for treatment of the older adult dependent at home; E) Leisure at home, recreational activity and religious practices of the elderly dependent in the home. Conclusion: family caregivers in the home provide care to the elderly dependent on their beliefs, customs, lifestyles of their culture, but try to balance the indications of health personnel with the patient's preferences, implement and set the room of the patient with technological aspects of health.

**Keywords:** Culture, Care, Aged and family caregiver.

(Terms DeCS)

## I. INTRODUCCIÓN

El incremento de la población adulta mayor sigue siendo progresivo, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los setenta años e incluso más. Entre el 2015 y 2050, la proporción de población con más de 60 años pasará de 900 millones a 2000 millones lo que representa un aumento del 12% al 22%<sup>1</sup>.

En América Latina y el Caribe la población de 60 años y más aumenta sostenidamente, se trata de un proceso generalizado de envejecimiento de las estructuras demográficas que lleva a un aumento tanto en el número como el peso de personas adultas mayores en relación con la población total. Entre los años 2000 y 2025, 57 millones de adultos mayores se incorporarán a los 41 millones existentes. Entre 2025 y 2050 este incremento será de 86 millones de personas. Los países de mayor población de la región (Brasil y México, junto a Colombia, Argentina, Venezuela y Perú)<sup>2</sup>. Los países en vías de desarrollo no son la excepción, encontrándose en nuestro país datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) con respecto a este grupo etario, un incremento en su proporción de un 5,7% en el año 1950 a 10,1% para el año 2017<sup>3</sup>.

El envejecimiento es un proceso natural y continuo que comienza desde la concepción y ocasiona cambios característicos en la persona durante todo el ciclo de vida<sup>4</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>5</sup> relaciona el comienzo del envejecimiento con los 60 años, debido a que en esta etapa se acentúan con mayor notoriedad los cambios o modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicos que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos<sup>4</sup>.

Asimismo, cabe resaltar que los cambios que conforman e intervienen en el proceso de envejecimiento son complejos, no son lineales ni uniformes y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa; si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelve perfectamente, otros son dependientes y necesitan de ayuda considerable<sup>5</sup>.

Enfermedad y dependencia acompañan al proceso de envejecimiento. La gran mayoría de ancianos padece de una o más enfermedades crónicas<sup>6</sup>, las que con el tiempo dejan graves



secuelas físicas que lo imposibilitan parcial o totalmente, convirtiéndolo en una persona totalmente dependiente y que necesitará de otro para hacer efectivas sus actividades cotidianas básicas e imprescindibles como: comer, bañarse, vestirse, caminar, etc<sup>7</sup>. Quien asume esta responsabilidad de cuidado son los integrantes de la familia, uno de los integrantes específicamente es quien asume este rol de cuidador las 24 horas del día, y en un mayor porcentaje es la mujer quien brinda los cuidados en el hogar al adulto mayor dependiente y suele ser la esposa, las hijas o las nueras<sup>8</sup>.

Actualmente las instituciones hospitalarias no se abastecen a la gran demanda en cuanto a hospitalización se refiere, debido a ello los sistemas de salud se han visto en la necesidad de encontrar nuevas alternativas de solución para lograr descongestionar las salas de hospitalización, es así como nace la atención domiciliaria a través del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), en otros países lo denominan Hospitalización Domiciliaria (HD) la cual es una extensión de la hospitalización tradicional<sup>9</sup>.

En esta nueva modalidad asistencial los cuidados son brindados en el hogar, por lo que se requiere de la visita periódica del personal de enfermería. La enfermera es el pilar fundamental de esta modalidad, se destaca por brindar cuidados generales, así mismo brinda orientación y consejería, evalúa las condiciones socioculturales y económicas del paciente y la familia. Por ello, estos programas asistenciales demandan del profesional de enfermería potenciar sus habilidades comunicacionales, asistenciales, educativas y de gestión para proporcionar cuidados de calidad en un contexto de cuidado distinto al tradicional<sup>9</sup>.

Es verdad que en esta modalidad asistencial HD, la enfermera realiza visitas periódicas para brindar cuidados requeridos, pero la responsabilidad de cuidado permanente recae en familiar cuidador y brindar cuidado al adulto mayor en estado de dependencia no es tarea fácil, implica un acto de amor, responsabilidad, voluntad, fuerza, fortaleza, paciencia, tiempo y adaptación para poder hacer frente a los diferentes cambios o sucesos que se presentarán durante el transcurso de este. El seno de toda familia es el hogar, ese es su escenario natural<sup>10</sup>, conocer este escenario es de gran importancia pues muestra la realidad del cómo son cuidados los adultos mayores frágiles por sus familiares, cabe resaltar que vivimos en un país multicultural, con estilos de vida, costumbres, creencias y prácticas muy diferentes propios de cada individuo, grupos o subgrupos los mismos que son puestos en práctica en el cuidado diario del adulto mayor dependiente<sup>11</sup>.

Otro de los aspectos a tener en cuenta al momento de brindar cuidados en el hogar, es la parte física y emocional de los cuidadores, ellos muchas veces están sujetos a muchas situaciones de estrés, agotamiento y desgaste físico, debido a que les toca responder por las tareas del hogar y atención del adulto mayor dependiente, lo que conlleva a cambios en su estado de ánimo manifestados por tristeza, llanto, impotencia, mal humor, enojo, etc. Sintiéndose muchas veces incapaz de afrontar esta responsabilidad, pasando a constituir un paciente “oculto” o “desconocido”, que requiere de un diagnóstico precoz e intervención inmediata, antes de presentar el Síndrome del Cuidador, conocido en el ámbito de la enfermería como cansancio en el rol del cuidador, por lo que es necesario contar con el apoyo de familiares, amistades o recursos de la sociedad<sup>12</sup>.

Durante las prácticas pre profesionales, las investigadoras han observado que a pesar de la difícil situación que implica el cuidado del adulto mayor para los cuidadores familiares, por el cambio en sus roles, en su rutina diaria, el miedo que genera lo desconocido en cuanto al cómo brindar el cuidado, la mezcla de sentimientos: de amor, ira, impotencia, dolor ante dolor del anciano por el padecimiento ante la enfermedad, las familias se esfuerzan por brindar un buen cuidado y dentro de sus posibilidades económicas.

Sin embargo, la situación económica en todos los hogares no es la misma, son pocas las familias que están en posibilidades de brindar un ambiente con implementos médicos sofisticados como: camas clínicas, colchones antiescaras, aspirador de secreciones, nebulizador, etc. que son de gran ayuda para el mantenimiento y mejora del estado de salud del adulto mayor dependiente.

Las familias con escasos recursos económicos, pero no escasos de ingenio y creatividad, no son indiferentes al momento de brindar un buen cuidado, de manera creativa y con materiales que cuentan en el hogar elaboran aditamentos como cojines, almohadas, rodetes; para ser colocados en determinadas áreas del cuerpo y evitar la formación de úlceras por presión, incluso hacen uso de pieles de animales como el de la oveja por su suavidad al contacto con la piel. Todo acto o acción en favor de mejorar, restablecer y mantener la salud es considerado válido, siempre y cuando no afecte o agrave el estado de salud del ser cuidado, lo importante es que el adulto mayor se encuentre en un ambiente adecuado donde se sienta cómodo, seguro y protegido.

Además, los familiares en los hogares están provistos de creencias y costumbres las cuales forman parte de su propia cultura en base a ello brindan sus cuidados; cultura y cuidado van de la mano puesto que marcan la existencia de la humanidad, estas prácticas son transmitidas de generación en generación y es así como sobreviven y son puestas en práctica hasta la actualidad. Las prácticas ancestrales forman y formaran parte del cuidado dentro del hogar, los familiares cuidadores cumplen con las indicaciones médicas, el horario de la medicación, la dieta que deben tener en cuenta de acuerdo a la enfermedad, pero también hacen uso de la herbolaria o medicina alternativa, los cuales son usados por conocimiento cultural o por recomendaciones de otros familiares, amigos o vecinos. Lo describen de la siguiente manera: *“la pasuchaca, esta planta la preparo como infusión para controlar el azúcar en su sangre, porque mi padre tiene diabetes”, “el tilo le doy a mis papás cuando tienen problemas respiratorios”, “usamos el matico y llantén para lavar la herida estas plantas le ayudan a bajar la hinchazón”*.

El uso de plantas medicinales, es una de las practicas más comunes que todos los seres humanos han realizado en algún momento de sus vidas, pero también es necesario tener conocimiento e informarse bien sobre la forma de uso, cantidad, tiempo de consumo, reacciones adversas; en algunos que pacientes puede ser usado y en otros no; debido a que también pueden provocar reacciones adversas y complicar el estado de salud del adulto mayor dependiente.

Finalmente, se formuló la siguiente interrogante: ¿Cómo es el cuidado cultural en el hogar al adulto mayor dependiente en el Distrito - la Victoria 2018? Planteándose como objetivo: Describir, comprender e interpretar el cuidado cultural en el hogar al adulto mayor dependiente en el Distrito de la Victoria 2018. El objeto de estudio fue: Cuidado cultural en el hogar al adulto mayor dependiente.

El presente estudio se justificó porque cada día se incrementan los adultos mayores en todo el mundo, y la vejez viene acompañada de vulnerabilidad, fragilidad y dependencia, producto de las secuelas de las enfermedades crónica requiriendo de cuidados permanentes para poder satisfacer sus necesidades básicas cotidianas, siendo la familia el principal punto de apoyo. El familiar cuidador en el hogar brinda cuidados en base a sus conocimientos, experiencias, creencias, costumbres, prácticas y estilos de vida propios de su contexto sociocultural en el que se desarrollan, pero recibir cuidados en el hogar por parte de los

familiares puede influenciar de manera positiva y también negativa en el estado de salud del adulto mayor. El hogar es el ambiente natural de todo ser humano, donde encuentra comodidad, seguridad, afecto, calor humano; pero también pueden presentarse dificultades, por desconocimiento, falta de capacitación al cuidador, agotamiento que pueden influir de manera negativa en la calidad de vida del ser cuidado y del cuidador.

Esta investigación desde el contexto sociocultural de las familias es de gran importancia para la práctica de enfermería, debido a que la enfermera cumple un rol muy importante al momento de brindar cuidados domiciliarios. Por ello, será un aporte a la comunidad académica del programa de enfermería para que desde sus primeras experiencias formativas brinden cuidados humanos y sean culturalmente congruentes fundamentados en la teoría transcultural de Leininger<sup>13</sup>. Se debe estimular a los estudiantes de enfermería a realizar trabajos de investigación enfocados en el sentido etnográfico de esta manera develar aportes referentes al sentido cultural y la manera cómo influyen en el comportamiento de cada individuo.

Asimismo, esta investigación servirá de aporte para las autoridades del Policlínico Carlos Iparraguirre a quienes se les hará entrega del informe con los resultados finales de la investigación realizado en área de PADOMI, con la finalidad de que en un futuro los resultados sean puestos en práctica y de esta manera contribuir en la mejora de atención domiciliaria al adulto mayor.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1.ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

Al investigar acerca de los antecedentes del objeto de estudio, se hallaron las siguientes investigaciones a nivel internacional, nacional y local:

A nivel Internacional se encontraron las siguientes investigaciones:

López L, Castellanos F, Muñoz E<sup>14</sup>, tuvieron como objetivos: describir las acciones del cuidado popular de las familias con un adulto mayor sobreviviente del primer accidente cerebrovascular. Estudio etnográfico, con observación participante y entrevistas en profundidad; participaron siete familias bogotanas (siete adultos mayores entre los dos y diez meses posteriores al primer accidente cerebrovascular y los siete cuidadores principales respectivos). Concluyeron que conocer el cuidado popular de esta población posibilita proponer acciones culturalmente congruentes con sus valores y creencias para potencializar las capacidades familiares e intermediar en los procesos de tratamiento.

Galvis L, Diaz J, Velásquez V<sup>15</sup>, se plantearon el siguiente objetivo: Describir la adherencia terapéutica desde el cuidado cultural a personas mayores con enfermedades crónicas. Metodología: Estudio exploratorio y descriptivo con una persona adulta mayor con enfermedad crónica. Conclusiones: la adherencia terapéutica mejora cuando el cuidado es sensible con la cultura, comprensión de conocimientos y acciones terapéuticas que logran una relación enfermera-paciente (hacer por, estar con) que posibilita el bienestar de la persona.

Troncoso D<sup>16</sup>, el objetivo de este artículo es examinar la situación sociocultural de las personas que se dedican al cuidado informal de personas mayores e identificar las iniciativas que apoyan su labor. El estudio empírico cualitativo fue realizado en la Región Metropolitana de Santiago de Chile, con cuidadores informales de personas mayores con dependencias, de estratos socioeconómicos bajos y medios-bajos. Los principales resultados indican que los cuidados en Chile eran responsabilidad exclusiva de las familias, mujeres desempeñando un rol subsidiario.

A nivel Nacional se encontraron las siguientes investigaciones:

Méndez Cruz, E<sup>17</sup>, en su investigación tuvo como propósito: conocer las causas que puede generar el esfuerzo y dedicación de los cuidadores familiares que diaria y continuamente cuidan de sus familiares con enfermedades crónicas del Programa del Hospital I La Esperanza. Se ha considerado el tipo de investigación aplicada, teniendo como base un diseño explicativo, y la muestra constó de 50 cuidadores familiares, con los cuales se trabajó aplicando los métodos y técnicas de la investigación cuantitativa y cualitativa. De los resultados obtenidos, dedujo que las consecuencias del cuidado prolongado de familiares con enfermedad crónica en su mayoría son negativas y perjudican la calidad de vida de los cuidadores que desarrollan esa dura tarea. Propone mejorar la calidad de vida de los cuidadores, circunstancia que, también, mejorará el bienestar de sus familiares dependientes. Es un momento especialmente importante para proponer a los cuidadores familiares programas e iniciativas que mejoren la atención y la vida cotidiana de sus familiares con enfermedad crónica en situación de dependencia, adoptar en la práctica asistencial un enfoque centrado en la familia y actuar de forma precoz y preventiva, especialmente en aquellos casos en los que estén presentes estas situaciones referidas anteriormente, con el fin de velar por una mejor calidad de vida de la persona dependiente, de la familia y del cuidador.

A Nivel Local se encontraron las siguientes investigaciones:

Medina M, Ramos M<sup>18</sup>, hicieron una investigación cualitativa con enfoque etnográfico, tuvieron como objetivo: describir, analizar y comprender las terapias alternativas de la familia en el tratamiento de enfermedades crónicas en los adultos mayores del Distrito de Pátapo. Los informantes fueron 7 familias y 3 curanderos del Distrito. Se tuvo como consideración final que las familias del Distrito hacen uso de las terapias alternativas, las mismas que las practican para el tratamiento de sus enfermedades crónicas las cuales han sido aprendidas de sus antepasados y son transmitidas de generación en generación, entre ellas tenemos: el uso de frutas, plantas medicinales y acudir al chaman o curandero para tratar sus enfermedades.

## **2.2.BASE TEÓRICO - CIENTÍFICA**

La presente investigación se sustentó con Leininger citado en Raile, la Organización Mundial de la Salud, y el Manual del cuidador en el domicilio de ESSALUD.

Leininger citado en Raile<sup>13</sup>, define los cuidados como una forma de ayuda, de apoyo o una manera de adoptar conductas de estímulo que faciliten o mejoren la situación de una persona. Así mismo considera que es fundamental para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los diferentes sucesos de la vida de una persona. Cultura y cuidado se relacionan generando un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado, basado en la cultura. Esto es, aplicar cuidados teniendo en cuenta las creencias, estilos de vida, valores y prácticas de las personas que los reciben. Es decir, cuidar desde una perspectiva mucho más holística, incluyendo a la cultura<sup>19</sup>.

La cultura entendida en su más amplio sentido etnográfico es aquel conjunto que comprende el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y todas las capacidades y hábitos adquiridos por parte del hombre como miembro de una sociedad. La cultura permite delimitar el “qué cosa hacer”, “cómo hacerla” y “por qué se hace”, de forma consciente o inconsciente condicionada por las normas culturales que influirán en el proceso de aprendizaje de los grupos sociales<sup>20</sup>.

Para Leininger citado en Raile<sup>13</sup>, todos los seres humanos nacen, crecen y mueren esperando ser cuidados según una perspectiva cultural. Por ello se debe incorporar los valores, las creencias y modos de vida de las personas a sus cuidados, aumenta la calidad y el potencial curativo de estos. Por otro lado, pese a que los cuidados integrales y culturales son escasamente valorados por la sociedad, resultan determinantes a la hora de ayudar a las personas<sup>19</sup>.

En casi todos los países, los conocimientos y creencias tienen una influencia muy grande sobre las costumbres y tradiciones, muchas prácticas son específicamente diseñadas para proteger y promover la salud<sup>21</sup>. Desde épocas muy remotas hasta la fecha, ha existido un desarrollo acelerado en la sociedad, en la que se destacan los avances médicos tanto a nivel mundial como nacional; en ellos, el hombre tiene en sus manos todo el conocimiento de una ciencia encargada de resolver o investigar el desequilibrio entre el proceso salud-enfermedad con el entorno en que vivimos, pero aún existe una fuerte inclinación de la conciencia social en

resolver problemas de salud mediados por creencias, costumbres y estilo de vida. Esto se debe, sin dudas, a los valores culturales transmitidos de generación en generación que influyen en el actuar de los seres humanos<sup>22</sup>.

Por lo tanto, podemos decir que cuidado y cultura constituyen un binomio inseparable, desde tiempos inmemorables el ser humano ha ido descubriendo formas de cuidado con la finalidad de mantenerse como especie, estos cuidados se van transmitiendo de generación en generación tal es así como en la actualidad los individuos y familias en el hogar brindan sus cuidados en base a sus creencias, costumbres y estilos de vida.

En la actualidad, la atención en salud se otorga a una sociedad más diversificada culturalmente y globalizada. La globalización es un tema que hoy nos importa a todos y es materia de discusión obligada para comprender el curso de múltiples eventos como por ejemplo el incremento acelerado de la población adulto mayor.

Según el Manual del Cuidador en el Domicilio de ESSALUD<sup>23</sup>: las personas adultas mayores son aquellas de 60 años o más, que por el transcurso del tiempo presentan un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas. Estos cambios no se deben sólo a los procesos biológicos normales sino también son producto de las enfermedades, la pérdida de las aptitudes y los cambios sociales que se suceden durante este período de la vida.

Las personas adultas mayores no son todas iguales, se clasifican según grado de dependencia: Autovalente: Es la persona mayor de 60 años que realiza, sin necesidad de ninguna ayuda, las actividades de la vida diaria, como vestirse, ir al baño, alimentarse, etc. Y las actividades instrumentales como preparar la comida, uso del teléfono, manejar su dinero, etc. Se caracteriza por ser independiente y sano, física y psicológicamente, así mismo adulto mayor frágil: Es la persona que se encuentra en una situación de riesgo, condicionada porque sufre alguna enfermedad física o psíquica, por lo que requiere cierta ayuda para las actividades de la vida diaria y por último **adulto mayor dependiente**: Es la persona con algún daño físico o psíquico importante, dependiente absoluto, incapacitado para realizar sus actividades. Necesita de una tercera persona para que logre realizar las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales<sup>23</sup>.



La dependencia, es la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana; también es como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidades de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal<sup>17</sup>.

Por lo tanto, la dependencia es el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad, envejecimiento o accidente. Este déficit provoca limitación o incapacidad para la realización de actividades cotidianas. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta con la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar actividades de la vida cotidiana.

Las enfermedades crónicas son por lo general las causantes de dependencia en el adulto mayor, en los inicios de aparición de la enfermedad los adultos mayores pueden recibir atención en una institución hospitalaria para tratar la enfermedad, pero a la vez las mismas dejan graves secuelas físicas, psicológicas, sociales y espirituales en la salud y en la calidad de vida de los individuos, lo ideal sería que los adultos mayores dependientes continúen recibiendo atención dentro de la institución hospitalaria, pero actualmente no se abastece a la gran demanda de pacientes que necesitan de hospitalización, llegando en muchas ocasiones a su tope máximo de albergamiento; esta situación promueve el alta temprana de los pacientes sin que necesariamente se encuentren totalmente recuperados o estables. Debido a esta problemática muchos adultos mayores, son transferidos a sus casas para continuar allí sus cuidados hospitalarios, pero proveídos por un familiar<sup>24</sup>.

De este escenario nace la posibilidad de hospitalizar a los adultos mayores en su propio domicilio, esta modalidad de asistencia lleva el nombre de hospitalización domiciliaria (HD), las razones para crear esta unidad en el mundo fueron descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación. En cuanto a los cuidados y tratamientos son similares a los dispensados en un hospital, la enfermera es la que desempeña un rol primordial en la ejecución de cuidados domiciliarios, educando, capacitando al familiar cuidador, quien es el encargado de brindar ayuda a satisfacer las necesidades del adulto mayor dependiente en el hogar<sup>9</sup>.

La familia es considerada unidad única y total básica. Es una institución social que aparece en todas las sociedades conocidas, constituyendo una comunidad unitaria y total para los individuos que la integran<sup>25</sup>. Por lo tanto, se puede inferir que la familia es la unidad básica fundamental de toda la sociedad, es un ambiente grupal donde se comparten lazos de parentesco consanguíneos sumados a vínculos de afecto y amor, donde interactúan constantemente influenciados por factores socioculturales que se determinan y transmiten de generación en generación. Cada familia comparte sus propias costumbres, creencias, valores, significados, actitudes, pensamientos y estilos de vida, lo que contempla un entorno interesante ya que en cada hogar las familias tienen su propia definición de salud-enfermedad.

En situación de enfermedad y dependencia uno de los integrantes de la familia asume la responsabilidad del cuidado, a él se le denomina cuidador familiar. El cuidador es la persona que proporciona cuidados, generalmente en el entorno del hogar, a uno de sus progenitores, al cónyuge, a otros familiares o a personas sin vínculos familiares, a una persona enferma o discapacitada de cualquier edad<sup>23</sup>, participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya en la realización de actividades de la vida diaria para compensar la disfunción que existe en la persona con discapacidad. Los cuidadores familiares son en su mayoría mujeres de edad intermedia, menores que el receptor del cuidado, con estados civiles variados, algunas empleadas y otras amas de casa, con niveles de educación y socioeconómicos heterogéneos, quienes por lo general cuidan al ser querido desde el momento de su diagnóstico. En cada familia hay un cuidador principal, normalmente es la esposa, la hija o la nuera, que suele responder a las circunstancias de cada familia, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre las personas que componen la familia. Cuando se asume el cuidado del familiar se piensa que va a ser una situación temporal, aunque, frecuentemente, acaba siendo una situación que dura varios años, con una creciente demanda de cuidados<sup>17</sup>.

Según el manual del cuidador de ESSALUD<sup>23</sup> las actividades diarias más importantes que realizan los familiares son: la alimentación y nutrición, higiene y confort, administración de medicamentos, están los cambios de posiciones, evitar las caídas, la formación de úlceras por presión, los cuidados en paciente con insomnio, evitar la depresión, los cuidados a tener en cuenta en pacientes diabéticos o con hipertensión, evitar el maltrato en los adultos mayores, etc.

Por lo mencionado, se puede afirmar que resulta significativo y gratificante para el adulto mayor ser cuidado en su propio ambiente-entorno por un miembro de su familia, un

miembro de la familia es conocedor de su forma de ser, de lo que le agrada o disgusta, de las creencias y costumbres, lo que les genera más confianza al momento de ser cuidados. Generalmente encontramos que la esposa, las hijas o las nueras son quienes adoptan el papel de cuidadoras, centrando su actividad cotidiana en atender al adulto mayor, lo que involucra, en muchos casos, renunciar a sus relaciones sociales, al trabajo, cambiar su estilo de vida, lo que genera muchas veces más carga laboral e incluso se llega a reducir las horas de descanso ocasionando problemas de salud en familiar cuidador.

El cuidar implica una gran compromiso y responsabilidad, requiere de esfuerzo físico y mental, en un determinado momento puede llegar a provocar un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se maneja apropiadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas, llegando a comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados.

Cuidar a una persona con discapacidad o enfermedad crónica implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada<sup>12</sup>.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1.TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Se llevó a cabo el presente estudio de investigación de tipo cualitativo, porque nos permitió describir, comprender e interpretar cómo es el cuidado cultural en el hogar del adulto mayor dependiente, para ello se interactuó con los sujetos de estudio los familiares cuidadores de cada hogar; quienes son los encargados de brindar cuidados, cuidados que son brindados en base a sus creencias, costumbres.

#### **3.2. ABORDAJE METODOLÓGICO**

Se utilizó el abordaje metodológico etnográfico, este método permitió familiarizarse mucho con la cultura que se está estudiando, observando y participando. El proceso de sumersión en una cultura implica estar en ella y familiarizarse cada vez más con su aspectos, como el lenguaje, las normas socioculturales, las tradiciones y otras dimensiones sociales que comprenden la familia, desde dos aproximaciones: la aproximación émic que comprende el estudio de los comportamientos desde dentro de la propia cultura; y la aproximación etic que comprende el estudio de los comportamientos desde fuera de la cultura y examina similitudes y diferencias de las distintas culturas<sup>26</sup>.

El estudio etnográfico permitió a las investigadoras a través del proceso de sumersión, familiarizarse con los sujetos de estudio, su escenario natural que es el hogar donde los familiares cuidadores brindan los cuidados al adulto mayor dependiente, así mismo nos permitirá escuchar atentamente las explicaciones e interpretaciones sobre lo que hacen, porqué lo hacen y porqué creen en sus prácticas realizadas en base a su creencias, costumbres y estilos de vida.

#### **3.3.SUJETOS DE INVESTIGACIÓN**

Los sujetos de investigación lo constituyeron 15 familiares cuidadores del adulto mayor dependiente postrado en cama, y que según registro de la Historia Clínica pertenecen al Programa de atención domiciliaria (PADOMI) de ESSALUD del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre del cual se tiene un registro de 30 adultos mayores dependientes.

Dentro de los criterios de inclusión se consideró: al familiar cuidador mayor de 18 años, que vive con el adulto mayor, y es responsable de ayudar a satisfacer las necesidades básicas, y permanece con el paciente en promedio 8 horas desde hace como mínimo 3 meses. Los criterios de exclusión a tener en cuenta fueron: Cuidadores sin grado de consanguinidad, familiares cuidadores que padezcan hipoacusia y disartria, y quienes participen de la prueba piloto.

Los familiares cuidadores fueron captados en sus hogares, gracias al registro de pacientes que nos cedieron en el programa de PADOMI del policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre, se visitó los hogares se conversó exclusivamente con el familiar cuidador directo exponiéndoles el motivo de nuestra visita a sus hogares y nuestro deseo de que sean partícipes del presente trabajo de investigación, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Encontramos negativas, no fue fácil el acceso a los hogares por lo que se trata de una investigación en la que de cierta forma se invade su privacidad al tener que convivir por determinadas horas con los integrantes de la familia con la finalidad de recolectar la mayor información posible, pero al final se logró el objetivo.

Para asegurar la confidencialidad se les asignó códigos de identificación: FC<sub>1</sub>, FC<sub>2</sub>, FC<sub>3</sub>, FC<sub>4</sub>, hasta FC<sub>15</sub>. El muestreo fue por conveniencia, y el tamaño de la muestra se determinó por la técnica de saturación y redundancia; cuando la información se repita y no se encuentre nuevos datos.

**Cuadro N° 01. Datos generales y códigos de identificación de los familiares  
cuidadores, 2018**

DATOS GENERALES							
Códigos informantes	Edad	Ocupación	Religión	Nivel educativo	Parentesco	T.E. AM	T.C.AM
FC1	71 a	Negociante	Católica	S. completa	Hermano	8 a	6 a
FC2	54 a	Profesora	Católica	Superior	Hija	3 a	3 a
FC3	38 a	Ama de casa	Católica	Superior	Hija	26 a	5 a
FC4	55 a	Venta de comida	Evangélica	S. completa	Hija	1 a	1 a
FC5	32 a	Azafata	Católica	S. completa	Hija	15 a	8 a
FC6	63 a	Ama de casa	Evangélica	P. completa	Hija	15 a	3 a
FC7	43 a	Ama de casa	Evangélica	P. incompleta	Nuera	45 a	18 a
FC8	41 a	Ama de casa	Católica	S. completa	Hija	8 a	8 a
FC9	86 a	Jubilado	Católica	P. incompleta	Esposo	28 a	28 a
FC10	60 a	Ama de casa	Católica	P. completa	Esposa	20 a	7 a
FC11	54 a	Ama de casa	Católica	P. completa	Hija	1a 3m	1ª 3m
FC12	52 a	Ama de casa	Católica	Superior	Hija	7 a	7 a
FC13	54 a	Ama de casa	Católica	Superior	Hija	25 a	4 a
FC14	73 a	Tramitador de granja	Católico	S. completa	Hermano	30 a	8 a
FC15	47 a	Ama de casa	Católica	S. completa	Nuera	30 a	2ª y 1/2

**Fuente:** Sujetos de investigación, marzo - mayo 2018.

### 3.4.ESCENARIO

El escenario institucional de la presente investigación lo constituyó el Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre del distrito de la Victoria, en el Programa de Atención al Adulto Mayor (PADOMI), el personal de enfermería nos brindó un registro con 130 pacientes que reciben atención domiciliaria según grados de dependencia, 30 de ellos fueron seleccionados debido a que cumplían con los criterios de inclusión y de exclusión. El escenario propiamente dicho fueron los hogares de los adultos mayores dependientes donde uno de los integrantes asumió el rol de cuidador encantándose: hijas, nueras, esposa y hermanos encargados de satisfacer las necesidades básicas necesarias para sobrevivencia de todo ser humano y que por condición de dependencia producto de secuelas de enfermedades crónicas no pueden ser satisfechas. El familiar cuidador en hogar brinda los cuidados en base a sus estilos de vida, creencias, costumbres propias de su cultura los cuales fueron aprendidas o transmitidas generación en generación.

La Victoria es uno de los distritos de la provincia de Chiclayo-Lambayeque. Está ubicado al sur de Chiclayo, cuenta con una población de 77,699 habitantes. En la actualidad el distrito de la Victoria es uno de los mejores distritos de Chiclayo. En este distrito se encuentra ubicado el centro de atención primaria III “Carlos Castañeda Iparraguirre” dentro del ubicamos al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), es el programa de atención preferencial que brinda ESSALUD en el domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna. Esta atención domiciliaria está dirigida a personas dependientes, que son aquellas que no pueden valerse por sí mismas y dependen de otra para poder realizar sus actividades de la vida diaria, tales como desplazarse, vestirse, comer, asearse, usar los servicios higiénicos entre otro. Donde la familia cumple el rol complementario importante y responsable en el cuidado del paciente.

La Victoria es uno de los distritos de Chiclayo que en estos tiempos ha logrado un cambio importante para bien de sus pobladores, observamos que sus calles y avenidas principales se encuentran pavimentadas, las viviendas en su gran mayoría son construcciones modernas (material noble), pero aún quedan construcciones de material rústico (adobe), generalmente las viviendas visitadas cuentan con tres o cuatro ambientes: la sala, cocina, dormitorio del familiar cuidador y muy cerca el dormitorio del adulto mayor, cuentan con los

servicios básicos de luz agua y desagüe.

### 3.5.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como técnica de recolección de datos, se utilizó la observación participante y la entrevista etnográfica, como instrumento se usó la guía de observación que se registró en las notas de campo, en ella se detalló toda la información obtenida durante la observación. Para la entrevista se usó la guía de entrevista que constó de 11 preguntas formuladas con términos claros y sencillos para comprensión del entrevistado, se tuvo como fuente de ayuda la grabadora de voz, en ella quedó registrado todo lo mencionado por los familiares cuidadores en sus hogares.

**3.5.1. Observación participante:** provee una experiencia directa y un acceso observacional a partir de adentro hacia el mundo de los significados<sup>27</sup>. Se refiere a una práctica que consiste en vivir entre la gente que uno estudia, llegar a conocerlos, conocer su lenguaje y sus formas de vida a través de una intrusa y continua interacción con ellos en la vida diaria. Es por ello, por lo que el investigador puede llegar a convertirse en una parte integral de los escenarios a los que entra y hasta cierto punto, un miembro más del grupo que el observa<sup>28</sup>. Se desarrolla cuatro fases<sup>27</sup>:

a. La Observación primaria o inicial: Para iniciar el proceso de la investigación en el escenario propiamente dicho, las investigadoras acudieron al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre de la Victoria y se contactaron con la enfermera encargada del programa para solicitar el registro de adultos mayores que recibe atención domiciliaria, con la ayuda de la historia clínica se tuvo en cuenta los criterios de inclusión. Una vez obtenida la información se realizó la primera visita a cada hogar de los adultos mayores dependientes, para generar de esta manera el primer contacto con los sujetos de estudio, los familiares cuidadores. Se les explicó los objetivos, las etapas y forma como se iría desarrollando el proceso investigativo, una vez corroborada la explicación realizada, se les preguntó si aceptaban ser partícipes de la investigación y como parte del reglamento de un trabajo investigativo se les hizo firmar el consentimiento informado (anexo 01). Se trató en lo posible de establecer una relación empática para lograr la confianza de los participantes y poco a poco pasar de “desconocidos” a “personas confiables”, la cual se logró gracias al apoyo de la enfermera de PADOMI quien nos permitió por algunas semanas acompañarla a sus visitas programadas involucrándonos en la realización de procedimientos como: toma de la presión arterial, hemoglucotest, cambios de sonda Foley, curación de úlceras



por presión. Ello nos sirvió mucho como carta de presentación para iniciar el primer contacto con el familiar cuidador, luego se llevó acabo visitas continuas, de esta manera se logró ir debelando aspectos importantes del ser cuidado, del entorno, la dinámica familiar, las creencias, costumbres y su aplicabilidad en el cuidado.

b. La Observación con poca participación: Las investigadoras se involucraron en las actividades que realiza el familiar cuidador al momento de brindar cuidados en el hogar al adulto mayor dependiente con la finalidad de satisfacer sus necesidades físicas, emocionales y espirituales, siendo partícipes de algunas actividades diarias para adentrarse e involucrarse más en su cultura. En un inicio se cumplió el papel de observantes, de esta manera registrar en el diario de campo aspectos considerados relevantes para la realización del presente trabajo de investigación, respetando siempre cada acto, gesto, expresión de los sujetos en estudio.

c. Participación con alguna observación: En esta fase las investigadoras participaron del cuidado del adulto mayor, apoyando al familiar cuidador en la realización de algunas de las actividades y procedimientos diarios, de esta manera se fue descubriendo sus formas de cuidados los cuales pueden estar siendo brindados de manera adecuada o inadecuada, así mismos estos cuidados pueden ser negociados o reestructurados. Una vez establecida la confianza, se pasó de espectadoras a colaboradoras y partícipes de las actividades de cuidado en los hogares de los adultos mayores dependientes, respetando sus estilos de vida, creencias y costumbres, de manera sutil y sin herir susceptibilidades, se brindó sugerencias para mejorar el cuidado, considerando que no se puede cambiar las actitudes y formas de cuidado de la noche a la mañana, pero si mejorar.

d. Participación reflexiva: El objetivo de esta última fase es ayudar al investigador; a sintetizar el total de las observaciones en secuencia lógica, a particularizar una forma de obtener un cuadro representativo de los datos y de poder relatarlas honestamente<sup>27</sup>.

Las investigadoras registraron todo lo observado, en cuanto al cuidado cultural en el hogar que brinda el familiar cuidador al adulto mayor dependiente ya sean procedimientos, discursos, actitudes, sentimientos, opiniones, reflexiones propias de cada escenario cultural. También se registró las reflexiones producidas en las investigadoras producto de los hechos observados.

**3.5.2. Notas de campo:** es un instrumento para recolectar las observaciones realizadas. Son imprescindibles en la fase de análisis de los datos recolectados, pues registran el escenario, las impresiones, las actitudes, el lenguaje no verbal y hasta los momentos de reflexión del investigador y del colaborador<sup>29</sup>. Es muy posible que la gente se extrañe cuando el investigador escribe sus notas de campo. Esto es una oportunidad para explicar nuevamente lo que el investigador se encuentra haciendo allí. Hay que explicar tantas veces como sea necesario, las explicaciones deben ser claras y concretas posible<sup>27</sup>.

Este instrumento fue de gran importancia para las investigadoras, debido a que permitió el registro de información fidedigna, como sucesos, expresiones, eventualidades, acontecidos en el contexto del familiar cuidador considerados relevantes para el momento de procesamiento de datos, así mismos se registraron las impresiones y sentimientos de los participantes y de las investigadoras, este registro se llevó a cabo durante todo el desarrollo de la investigación.

**3.5.3. Entrevista Etnográfica:** es un dialogo formal orientado por un problema de investigación. Este dialogo se da entre dos personas un informante y un investigador, que con un guion establecido busca de una forma más o menos estructurada la consecución de informaciones que ayuden a realizar la investigación<sup>29</sup>. Esta técnica permitió a las investigadoras la recolección de información oral, donde el informante libremente expreso sus opiniones, comentarios, puntos de vista y actitudes frente a las preguntas formuladas en base a los cuidados culturales en el hogar al adulto mayor dependiente.

Las preguntas de las entrevistas fueron realizadas por las investigadoras y gravadas a través de un grabador de voz, previa autorización de los familiares cuidadores y posterior fueron transcritas para ser analizadas. La entrevista se realizó en el hogar de los familiares cuidadores, se buscó un ambiente cómodo y sin distracciones para poder realizar la entrevista, según la disponibilidad del sujeto de estudio, tuvo una duración de 30 minutos como máximo para evitar el agotamiento en el entrevistado.

Cabe hacer mención, que los instrumentos como la guía de entrevista y de observación, fueron elaborados por las investigadoras y validados por el juicio de 5 expertos con varios años de experiencia laboral en docencia; y años en el cuidado del adulto mayor. Así mismo, después de la aprobación por parte del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, se realizó pruebas piloto a 02 familiares cuidadores del

adulto mayor dependiente del Distrito la Victoria, para confirmar si comprenden las preguntas de la entrevista, caso contrario serian modificadas.

### **3.6.PROCEDIMIENTOS**

En primer lugar el proyecto fue inscrito oportunamente en el catálogo de tesis de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, luego fue presentado al comité metodológico para que se proporcionen las sugerencias del caso; como siguiente paso se presentó al Comité de Ética de la Facultad de Medicina para su aprobación, posterior a ello se solicitó el permiso respectivo al director del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre con quien se dialogó para exponerle los objetivos de la investigación y de qué manera se necesitará su apoyo.

Después de obtener los permisos respectivos, las investigadoras acudieron al Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre, se presentaron con la enfermera a cargo del programa de atención domiciliaria a quien se solicitó el registro de adultos mayores que reciben atención en su domicilio. Luego se realizó la vista domiciliaria a los adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, se estableció la fecha y hora según disponibilidad de los sujetos de estudio, para aplicar los instrumentos de recolección de datos, no obstante, se hizo firmar el consentimiento informado a los participantes (anexo 01). Luego, se estableció la fecha y hora para las siguientes visitas, según la disponibilidad de los sujetos de estudio.

La recolección de datos se realizó en los meses de abril, mayo y junio del 2018; para ello se utilizó la técnica de observación participante y la entrevista etnográfica, como instrumento se usó la guía de observación (anexo 02) que fue registrada en el diario de campo y la guía de entrevista (anexo 03) que fue grabada a través de un grabador de voz.

Las investigadoras realizaron las visitas domiciliarias para ejecutar la observación participación e involucrarse en las actividades del familiar cuidador del adulto mayor dependiente relacionado con los cuidados en el hogar en base a creencias, costumbres y prácticas culturales. Aproximadamente se hicieron 04 visitas domiciliarias, en un promedio de 05 horas cada una.

Posterior a la observación participante, aproximadamente en la tercera visita se realizó

la entrevista; en un ambiente del hogar donde hubo privacidad estos ambientes fueron la sala o la cocina, según nos indicó el familiar cuidador. El tiempo estipulado fue aproximadamente de 30 minutos, luego las entrevistas fueron transcritas al Word para el posterior procesamiento y análisis de datos, esta información se conservará por 2 años con la finalidad de que sirva como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación o auditabilidad de la presente investigación. A fin de mejorar el proceso de recolección; y para dar mayor validez a los resultados, en la cuarta visita fueron presentados a los sujetos de estudio para corroborar si están de acuerdo con los datos transcritos.

Es importante hacer mención que para la recolección de datos se presentaron limitaciones a pesar de la primera estrategia que fue acompañar a la enfermera de PADOMI en las visitas domiciliarias. El problema surgió cuando al explicarle que teníamos que realizar 04 visitas a sus hogares con un promedio de duración de 05 horas cada una de ellas, en sus rostros se notaba la incomodidad por el hecho quizá de invadir su espacio y privacidad lo que es comprensible, poniendo como excusas que tenían mucho que hacer o que tenían que salir. Al final tuvimos que adecuarnos a sus horarios y disponibilidad llegándose de esta manera a concretar los objetivos planteados, lográndose crear un ambiente empático y de apoyo en las actividades cotidianas del familiar cuidador para con el adulto mayor dependiente.

### **3.7. ANÁLISIS DE DATOS**

En esta etapa de la investigación, toda la información obtenida mediante la observación participante registrada en diario de campo y la entrevista, fue organizada y procesada sistemáticamente con la finalidad de describir cómo es el cuidado cultural en el hogar del adulto mayor dependiente.

El análisis de datos se realizó teniendo en cuenta el análisis de dominios de Spradley que consta de 4 etapas: análisis de dominio, análisis taxonómico, análisis componencial y análisis de temas<sup>30</sup>.

a.- Análisis de dominio: los dominios son la primera y más importante unidad de análisis en la investigación etnográfica. “Los dominios” son categorías de significados culturales que incluyen subcategorías relacionadas semánticamente. La tarea de determinar dominios se realiza mediante el conocimiento de términos culturales que involucran conceptos relacionados

de menor jerarquía, es decir, el dominio posee términos incluidos a través de relaciones semánticas.

Toda cultura crea cientos de miles de categorías tomando cosas únicas y clasificándolas juntas. Cualquier cosa concebible puede ser usada para crear tales categorías culturales, incluyendo miradas centelleantes, fantasmas, automóviles, sueños, nubes, y deseos secretos. Los dominios, como categorías culturales, están hechos de tres elementos básicos: término abarcador, términos incluidos, y relación semántica<sup>31</sup>.

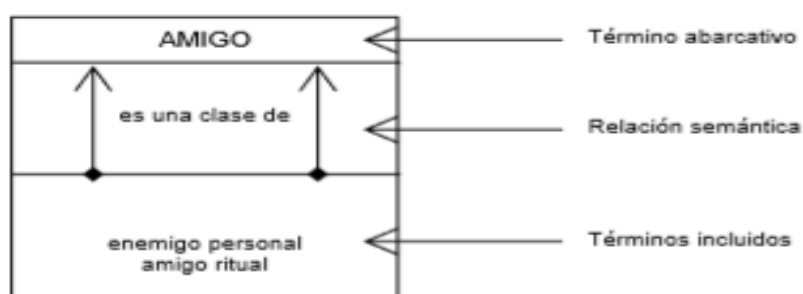
1.- Término abarcador: es el nombre de un dominio cultural. Un dominio cultural es una categoría de significado cultural que incluye otras categorías más pequeñas. Ejm. “Amigos” es un término abarcador para el dominio.

2.- Términos incluidos: son los nombres para todas las categorías más pequeñas dentro del dominio, tal como “enemigo personal,” “amigo ritual,” y “oponente”.

3.- Relación semántica: es el enlace entre dos categorías. Como veremos, las relaciones semánticas son extremadamente importantes para identificar y analizar los dominios culturales. Podemos aislar una relación semántica para establecer la relación entre “enemigos personales” y el dominio “amigo.” Un enemigo personal (es una clase de) amigo. Aquí vemos que las dos categorías (enemigo personal, amigo) están enlazadas por la relación semántica es una clase de.

Ahora podemos mostrar estos tres elementos en el siguiente diagrama:

Gráfico 01: Esquema del análisis de dominio



*Fuente: Spradley, James P. (1980). Participant observation. New York: Holt, Rinehart & Winston.*

La relación semántica opera sobre el principio general de la inclusión. Su función es definir los términos incluidos para colocarlos dentro del dominio cultural.

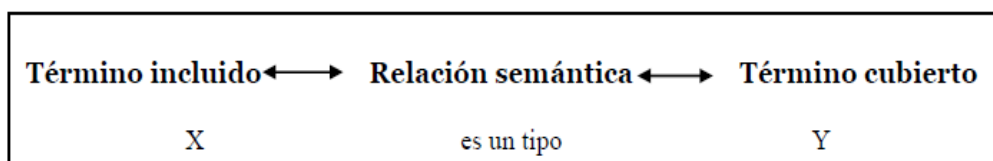
Tabla 01: Los tipos de relaciones semánticas que se usan en las investiga

RELACIÓN	FORMA	EJEMPLO
1. inclusión estricta	X es una clase de Y	Un testigo experto (es una clase de) testigo.
2. Espacial	X es un lugar en Y	La sala del gran jurado (es un lugar en) la sala de tribunales del condado.
	X es parte de Y	El sector del jurado (es una parte de) la sala en lo criminal.
3. Causa-efecto	X es resultado de Y	Desempeñarse en el gran jurado (es resultado de) ser elegido.
4. Racional	X es una razón para hacer Y	Un gran número de casos (es una razón para) ir rápidamente.
5. Ubicación para la acción	X es un lugar para hacer Y	La sala del gran jurado (es un lugar para) oír los casos.
6. Funcional	X es usado para Y	Los testigos (son usados para) brindar evidencia.
7. Medio-fin	X es un modo de hacer Y	Tomar un juramento (es un modo de) simbolizar la sacralidad del deber del jurado.
8. Secuencial	X es un paso (estadio) en Y	Hacer las visitas a la cárcel (es un paso en) las actividades del gran jurado.
9. De atribución	X es una atribución (característica) de Y	La autoridad (es un atributo del) procurador.

Fuente: Spradley, James P. (1980). *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Las dos relaciones semánticas que se sugiere para construir un principio en el análisis de dominio son la inclusión estricta (X es una clase de Y) y medio-fin (X es un modo de Y).

Gráfico 02: Relación semántica en el análisis de dominios



Fuente: Spradley, James P. (1980). *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

b.- Análisis Taxonómico: es un conjunto de categorías organizadas sobre la base de una sola relación semántica. Las taxonomías son una aproximación de como los informantes han organizado su conocimiento cultural.

c.- Análisis Componencial: éste surge del establecimiento de dominios y taxonomías, lo que nos provee un marco para realizar la actividad. El procedimiento se funda sobre una actividad reflexiva que permite comprender el significado de un término en la medida que

difiere de los demás, en palabras de Spradley es “conocer el significado de un término dependiendo de lo que no significa”.

d.- Análisis de Tema: En esta etapa se intenta describir la cultura observada señalando sus características generales y específicas. El objetivo es identificar los elementos cognitivos que constituyen una cultura, lo que sus integrantes creen que es y reconocen como real. El desarrollo de esta fase se reconoce como una de las más exigentes en cuanto al despliegue de habilidades personales del investigador; se carece de recomendaciones claras para ejecutarla, lo que la convierte en una actividad intuitiva.

### **3.8.CRITERIOS ÉTICOS**

Para la presente investigación se tuvo en cuenta, los principios éticos de la bioética personalista, que operan como ayuda y guía de acción en la investigación con los seres humanos<sup>32</sup>.

El valor fundamental de la vida humana y el respeto a su dignidad: durante el desarrollo de la investigación el familiar cuidador del adulto mayor dependiente no fue utilizado como objeto sino como fin, para ello se les asignó un código en el diario de campo y las entrevistas, guardando su respectiva confidencialidad, además no fueron expuestos a riesgos físicos, ni psicológicos.

El principio de libertad y responsabilidad: el familiar cuidador del adulto mayor dependiente participó libremente en la investigación; teniendo en cuenta su opinión, respetando, sus versiones, costumbres y creencias culturales; además se tuvo en cuenta la decisión de continuar o retirarse de la investigación cuando lo desearan, así mismo, firmaron la hoja del consentimiento informado para solicitar su participación voluntaria durante todo el proceso de la investigación.

El principio de sociabilidad y subsidiariedad: El principio de sociabilidad está integrado en el de subsidiariedad, que prescribe la obligación del cuidado de los más necesitados. Las investigadoras respetaron las creencias, costumbres y prácticas de cuidado cultural brindados en el hogar por el familiar cuidador de adulto mayor dependiente, con el fin de no imponer

conocimientos u oposición ante cualquier suceso en relación a su cuidado, haciendo participar a cada uno de ellos, logrando que sean responsables del cuidado que brindan en el hogar.

### **3.9.CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO**

Para la presente investigación se consideraron los siguientes criterios de rigor científico, que proporcionaron validez de la investigación, asegurando la calidad de esta<sup>33</sup>.

Credibilidad: este criterio se logró, porque las investigadoras retornaron al lugar de la investigación para confirmar los hallazgos y revisaron algunos datos particulares. Los informantes ayudaron a clarificar las interpretaciones del investigador o a rectificar los errores de interpretación de los sucesos observados o de las entrevistas transcritas.

Auditabilidad: la información que se recolectó será guardada por dos años y se dejará constancia de veracidad de esta, luego de este periodo se procederá a eliminar la base de datos.

Transferibilidad o Aplicabilidad: se describió las características de los sujetos de investigación y el escenario donde se desarrolló la investigación, con la finalidad que otros investigadores lo apliquen en su realidad.



#### **IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El tratamiento de los datos recolectados permitió determinar elementos significativos que fueron agrupados de acuerdo con su sentido semántico en relación con el cuidado cultural en el hogar del adulto mayor dependiente. Se obtuvo los siguientes temas y subtemas culturales.

##### **A. Necesidades y preferencias nutricionales del adulto mayor dependiente en el hogar: dieta balanceada, suplementos nutricionales y “gustitos”.**

- A.1. Administra dieta balanceada y costumbres alimenticias.
- A.2. Suplementos nutricionales.
- A.3. Incumplimiento dietético: disgustos y “gustitos”

##### **B. Materiales y habilidades del familiar cuidador para la higiene del adulto mayor dependiente en el hogar.**

- B.1. Aseo matutino, higiene personal.
- B.2. Cambio de ropa de uso personal y de ropa de cama diario.
- B.3. Cambio de pañal.

##### **C. Prevención y tratamiento de úlceras por presión al adulto mayor dependiente en el hogar.**

- C. 1. Hidratación constante: Uso de cremas y masajes.
- C. 2. Aditamentos artesanales y equipos médicos, prevención de zonas de presión y movilizar
- C. 3. Cambios de posición.
- C. 4. Curación de úlcera por presión: Uso de cremas antiescaras, remedios caseros y plantas medicinales.

##### **D. Administración de medicamentos, uso de equipos médicos y plantas medicinales para tratamiento del adulto mayor dependiente en el hogar.**

- D.1. Administración de medicamentos según patología.
- D.2. Uso de equipos médicos para el control y tratamiento de patologías.
- D.3. Prevención y uso de plantas medicinales.

**E. Ocio en el hogar, actividades recreativas y prácticas religiosas del adulto mayor dependiente en el hogar.**

E.1. Ocio en el hogar: Distracción, medios de comunicación y uso de tecnología digital.

E. 2. Actividades recreativas: Paseos y reuniones familiares.

E.3. Creencia y prácticas religiosas: Oración, lectura de la biblia, estampitas y altares de Santos.

**A. Necesidades y preferencias nutricionales del adulto mayor dependiente en el hogar: dieta balanceada, suplementos nutricionales y “gustitos”.**

Las personas adultas mayores y sobre todo dependientes son un grupo muy heterogéneo en cuanto a estados de salud, patologías subyacentes, tratamientos farmacológicos, grado de autonomía, ejercicio físico y hábitos de consumo alimentario, etc. Lo que hace establecer pautas individualizadas en la planificación de su alimentación. En un plan alimentario para personas adulta mayores debe asegurar una buena disponibilidad de nutrientes, preparación culinaria agradable y fáciles de digerir. Las personas de edad avanzada tienen necesidades específicas nutricionales, necesidades que deben estar garantizada incluso dentro de su domicilio<sup>34</sup>.

La nutrición en este grupo de edad tiene un alto riesgo de alterarse por los cambios en la fisiología del aparato digestivo, el adulto mayor tiende a consumir menor cantidad de alimentos debido a la disminución de la fuerza de contracción de los músculos de masticación; la reducción progresiva de piezas dentales; la alteración de los umbrales del gusto y el olfato; los cambios en la función motora del estómago; la disminución de los mecanismos de absorción; los estilos de vida inadecuados, como el consumo de alimentos de bajo costo ricos en carbohidratos y pobres en proteínas; por otra parte, el consumo de alcohol y tabaco; la disminución de la actividad física; la depresión; el incremento de las enfermedades crónicas, y la mala calidad de vida contribuyen a incrementar la malnutrición (delgadez, sobrepeso u obesidad) en el adulto mayor<sup>35</sup>.

La nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento debido a que los nutrientes requeridos por el organismo favorecen en la modulación de los cambios asociados al envejecimiento en diferentes órganos y su función; de allí la importancia de evaluar el estado nutricional en los adultos mayores.

La hora de la comida suele ser uno de los momentos más agradables de la persona mayor. El consumo de comidas saludables y balanceadas es importante, especialmente en las personas que están recuperándose de una enfermedad. Cuando una persona tiene que comer en la cama, la hora de las comidas y la cantidad de alimentos pueden variar. Es aconsejable que sus comidas sean más pequeñas, pero más frecuentes. Probablemente, sus comidas sean a la misma hora debido a los horarios de ciertas medicinas<sup>23</sup>.

Las consideraciones culturales están presentes al momento de la preparación de los alimentos, los adultos mayores son personas ya vividas con costumbres, creencias y estilos de vida ya establecidas, por lo tanto, al momento de la alimentación mantienen estas preferencias y el familiar cuidador es el encargado de satisfacerlas.

la alimentación como acto sociocultural se reviste de una gran complejidad está presente en la cotidianidad de los sujetos y se configura desde múltiples factores económicos, sociales, culturales y políticos<sup>36</sup>. Según Aranceta los actos socioculturales, como la alimentación, están ligados a los significados emocionales, sociales y míticos del alimento; por consiguiente, los factores socioculturales son relevantes en el diseño de programas alimentarios<sup>37</sup>.

La comida tradicional, en general está relacionada con nuestra identidad con la historia, con lo que somos y a lo que pertenecemos, siendo esta una parte fundamental de la cultura de cualquier país o comunidad que ha sido heredada y transmitida de generación en generación a lo largo de la historia de la humanidad y que, a su vez se sigue reproduciendo<sup>38</sup>. Las técnicas empleadas para encontrar, procesar, preparar, servir y consumir esos alimentos varían culturalmente y tienen sus propias historias. Es en la cocina tradicional en donde se concretan aquellos saberes y prácticas alimentarias y culinarias que permanecen como parte de la herencia e identidad cultural, ella comprende los saberes culinarios, las costumbres y los rituales, así como las formas de preparación de los alimentos reconocidas y transmitidas de generación en generación<sup>39</sup>.

Los familiares cuidadores responsable del cuidado tratan en lo posible de satisfacer esta necesidad básica siguiendo y cumpliendo al pie de la letra con las indicaciones del personal de PADOMI, en brindar una dieta balanceada, de consistencia líquida, semisólida o blanda de acuerdo a la condición de la persona. Además, hacen uso de suplementos nutricionales para complementar la ingesta de nutrientes en caso de que el adulto mayor no se esté alimentando correctamente. Así mismo determinado grupo adultos mayores dependientes expresan y mantienen sus deseos alimentarios según sus costumbres, el familiar cuidador conocedor de dichas preferencias prepara los alimentos de su agrado para complacerlos. En ciertas patologías existen restricción en la ingestión de ciertos alimentos por lo que se debe evitar su consumo, pero muchas veces lo prohibido es lo más apetecible y de cierta forma como un gesto de cariño los familiares satisfacen cada cierto tiempo estos “gustitos alimenticios”. Sobre ello trata los siguiente sub temas culturales.

### **A.1. Administra dieta balanceada y costumbres alimenticias.**

Los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable, con una alta probabilidad de malnutrición, la que se relaciona con una disminuida capacidad funcional de los distintos órganos, reducción del metabolismo basal y menor absorción de nutrientes<sup>40</sup>.

Cuando los adultos mayores incorporan dietas saludables en su alimentación pueden revertirse o retrasarse muchos de los cambios asociados al proceso del envejecimiento, asegurando de este modo, que muchos de ellos puedan continuar viviendo, disfrutando de una buena calidad de vida, y les permita participar activamente dentro de la familia y de la comunidad. La dieta para el adulto mayor debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable; la comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito y bien presentada, apetecible, de fácil masticación y digestión. Es importante consumir alimentos variados, que contengan proteínas, hidratos de carbono, lípidos, sales minerales y vitaminas, incorporando regularmente alimentos ricos en fibras, consumiendo preferentemente carnes blancas o carnes rojas magras; prefiriendo los alimentos preparados al horno, asados, a la plancha o cocidos al vapor; evitando el uso excesivo de sal y azúcar<sup>41</sup>.

Una dieta balanceada es aquella que hace posible que el individuo tanto si es adulto como si está en época de crecimiento o se encuentre en alguna situación fisiológica especial, mantenga un óptimo estado de salud<sup>42</sup>. La alimentación saludable suma los conceptos de suficiencia (en energía y nutrientes), variedad (para asegurar tanto los aportes de macro como de micronutrientes), equilibrio (en las proporciones recomendadas) y adecuación (a las características sociales y culturales de cada individuo o grupo), fomentando un estilo de vida que se apoya en las recomendaciones nutricionales recomendadas para la población según grupos etáreo<sup>34</sup>.

Los familiares cuidadores llevan más de un año cuidando de los adultos mayores dependiente en el transcurso de ese tiempo han ido adquiriendo conocimientos a través de la educación, orientación del personal de salud y también por iniciativa propia en informarse, lo que les ha servido para saber seleccionar e incorporar alimentos necesarios para una dieta equilibrada, quizá no tengan un concepto amplio, científico de lo es una dieta equilibrada, pero si conocen empíricamente del contenido nutricional de los alimentos, así lo describen en sus discursos:

*“...En su desayuno toma su avena, leche, quinua, soya, huevitos pasados, pan integral; en el almuerzo: su sopa de verduras ya sea con pollo o carne, pescado, menestras, ensaladas de beterraga con zanahoria y en la cena: su avenita con biscocho o galletita de soda, frutas también se le da, manzana, plátano de seda, melón de toda fruta come él...” (FC1)*

*“...En su alimentación es variada en el desayuno le doy: pan una vez a la semana ya sea con queso, le gusta el mote guisado con huevo sancochado, papa con queso, mote o papa con pescado, leche de tarro, soya, avena, quinua; a media mañana le doy su jugo de papaya con plátano, manzana, piña o melón; en el almuerzo: le hago su caldo de verduras, pepián, caldo chochoca con huevo y queso, ollucos, caldo verde, caldo de papa con olluito, huevos y queso; en la cena: a veces come comida o le preparo su avena o leche...” (FC6)*

*“...Su desayuno consiste: en leche, avena, quinua pan con queso, galletas integrales o huevos sancochado, le doy fruta a media mañana como: plátano, ciruela chilena, un pedazo de pitahaya, kiwi; en el almuerzo le doy generalmente sopa de verduras, menestras, su pollo sancochado, ensaladas porque ella sufre de estreñimiento y en la cena solo su leche con galletas integrales porque comida ya no acepta...” (FC13)*

Según los discursos, los familiares cuidadores brindan una dieta balanceada al adulto mayor dependiente debido a que incorpora los grupos de alimentos con nutrientes necesarios para el adecuado funcionamiento del organismo. Los alimentos de selección cotidiana para preparación contienen proteínas que lo encontramos en las (carnes, lácteos y derivados), carbohidratos (cereales y tubérculos), minerales (frutas), vitaminas (frutas), fibra (frutas, verduras y hortalizas).

Una dieta saludable o equilibrada es aquella que aporta una cantidad adecuada y variada de alimentos, proporciona nutrientes necesarios para que funcione de manera correcta en el organismo; en el adulto mayor se recomienda que en la alimentación se incluya todos los tipos de alimentos, en una proporción correcta, que sean nutritivos y ayuden a mantener un buen estado de salud<sup>43</sup>.

Dentro de los tipos de alimentos para una alimentación saludable del adulto mayor en base a las recomendaciones formuladas en la pirámide alimenticia, encontramos: Cereales y tubérculos son alimentos ricos en carbohidratos, Verduras, hortalizas y legumbres estos alimentos, ricos en agua, también lo son en minerales, oligoelementos, vitaminas y fibra alimentaria, Frutas son alimentos ricos en agua, minerales, oligoelementos, vitaminas y fibra alimentaria, Lácteos y sus derivados es importante por su alto contenido en proteínas de alto valor biológico y en calcio, Carnes (pollo, pescado, res y sus derivados) los alimentos de este grupo contienen gran cantidad de proteínas de alto valor biológico, contenido de hierro altamente biodisponible, vitaminas del grupo B, minerales y oligoelementos, Grasas y aceites este grupo de alimentos además de poseer un valor energético importante, contienen ácidos

grasos esenciales y vitaminas liposolubles, El agua se encuentra presente en todos los alimentos en distinta cantidad, en algunos casos es el componente principal y, en otros, el contenido es escaso, el agua es en sí un alimento indispensable para el mantenimiento de la vida, ya que todas las reacciones químicas de nuestro organismo tienen lugar en un medio acuoso<sup>41</sup>.

La calidad de vida y longevidad de las personas mayores depende en gran parte de los hábitos de alimentación. Por estudio con muestra de 183 adultos mayores se obtuvieron los siguientes datos estadísticos: que el 65% y 32% de los adultos mayores realizaban 3 y 4 tiempos de comida respectivamente. En promedio, consumían 5 porciones de frutas y verduras (60%) y una porción de lácteos el (87%), legumbres (95%), pescados (90%). El 46% consumía 6 a 8 vasos de agua al día. El 80% usaba sal extra y el 42% no consumía grasas saturadas<sup>44</sup>.

De acuerdo a con discursos y los registros en el diario de campo sé abstrae que los familiares cuidadores brindan una dieta balanceada a sus adultos mayores dependientes, gracias a ello logran mantener un buen estado de salud, que se ve reflejado en su aspecto físico, en la poca frecuencia de complicaciones y hospitalizaciones. El familiar cuidador cumple con las recomendaciones e indicaciones del personal de PADOMI quienes a través de la visitas periódicas llevan un control del adulto mayor, así mismo brindan educación acerca de que alimentos pueden ser utilizados para preparar una dieta balanceada, este contacto cercano del personal de salud con la familia o individuos según Leininger permite preservar, negociar y reestructurar los cuidados en el hogar lo que permitirá obtener resultados beneficiosos y satisfactorios.

En la actualidad las consideraciones culturales en cuanto a alimentación se refieren, juegan un papel determinante, la cultura de un individuo determina en gran medida qué alimentos consume, cómo los prepara y sirve. La elección de alimentos se convierte en la práctica cotidiana, en el acto de comer a distintas horas del día, este acto voluntario de ingerir alimentos y combinarlos en los diferentes platos que configuran las comidas es fruto de las distintas normas que cada cultura ha creado de acuerdo con sus características, que en el fondo responden a la necesidad de cubrir sus necesidades nutritivas, respetando sus gustos, costumbres y creencias<sup>45</sup>.

Los adultos mayores son personas ya vividas por lo tanto sus costumbres y estilo de vida está bien arraigadas, en cuanto a la comida mantienen preferencias por ciertos alimentos. Los

familiares cuidadores conocedores de estas preferencias los complacen preparándoles comidas que son del agrado del adulto mayor:

*“...Se observa a adulto mayor de contextura robusta y familiar cuidador refiere que tiene buen apetito, como ella cría animales como son el cuy y pichón para vender, también semanalmente le preparo su sopita de cuy, pichón, caldo verde que sé que son agrado de mi papá...” (DIARIO DE CAMPO)*

*“... Le vario un día le doy verduras, otro día menestras, al día siguiente racacha con queso, papas sancochadas con queso, ollucos. Como es de la sierra le gusta comer bastante la racacha y los ollucos, eso yo le preparo porque sé que es de su agrado...” (FC8)*

*“...Mi suegra siempre ha sido de buen comer, cuando ella aun podía cocinar preparaba sus platos preferidos en las reuniones familiares y lo que más le gustaba era el cabrito con su arroz, menestra; el sudado de pescado, la causa nortea y aun nos pide que le preparemos eso, nosotros le hacemos sus gustos de vez en cuando...” (DIARIO DE CAMPO)*

Las costumbres alimentarias de toda una vida es difícil dejarlas de lado, los adultos mayores que pueden expresar su preferencia alimentarias hacen saber a sus familiares cuidadores para que las incluyan como alimentos dentro en su dieta diaria, en otros casos el familiar cuidador es conocedor de los gustos del adulto mayor por la convivencia y procedencia de la costa, sierra y selva; cada lugar tiene su propia cultura y por ende sus propias costumbres en el consumo y preparación de sus alimentos que les han sido transmitidas y conservan a pesar de no estar en su mismo lugar de procedencia. Los familiares cuidadores preparan alimentos que son del agrado de los adultos mayores como son sopa de cuy, sopa de pichón, caldo verde, racachas, ollucos, arroz con cabrito, sudados, etc.

En este sentido, la cultura alimentaria ha sido definida como: el conjunto de representaciones, de creencias, de conocimientos y de prácticas heredadas o aprendidas que están asociadas a la alimentación y que son compartidas por los individuos de una cultura o grupo social determinado<sup>46</sup>. Así, Cultura y alimentación se encuentra estrechamente relacionadas desde el origen de la especie humana en su instinto de supervivencia, fueron explorando alimentos que podrían ser consumidos, a ello se debe el descubrimiento del contenido nutricional de los alimentos.

Nuestros antepasados indígenas conocían muy bien los alimentos que la naturaleza les brindaba y valoraban las propiedades de cada uno de ellos. Sin embargo, en la cultura actual los alimentos ancestrales se han sustituido por otros foráneos e industrializados, lo cual ha llevado al desconocimiento de estos tesoros alimenticios, por eso a la hora de elegir los alimentos que integran nuestra alimentación se debe dar prioridad a los alimentos ancestrales



y tradicionales, ya que estos son altamente nutritivos y saludables, alimentos autóctonos que a más de ser de gran valor nutritivo son parte de nuestra cultura culinaria ancestral<sup>40</sup>.

En un trabajo de investigación se concluye que los adultos mayores manifiestan un gusto marcado por la alimentación tradicional, la cual dentro de los procesos de socialización marca una identidad y un entorno de significaciones alimentarias. El sabor de los alimentos y la consciencia de los adultos mayores, ambientan historias que se plagan de recuerdos representados por una tradición cultural de un pasado que sigue latente, de un mundo donde el gusto se identifica con los significados de la alimentación tradicional<sup>47</sup>.

Muchas veces en la atención del adulto mayor no se toma en cuenta los referentes históricos-culturales al momento de elaboración programas alimentarios, generalmente se enmarca en un modelo medicalizado; considerar los factores socioculturales en las políticas alimentarias ayudaría a contextualizar de mejor manera las directrices para el diseño de programas alimentario considerando el aspecto cultural de las personas<sup>47</sup>.

Los alimentos que una persona elige van de acuerdo a sus gustos, personalidad, tradiciones familiares y culturales, estilos de vida. En el caso de los adultos mayores dependientes son los familiares cuidadores los encargados de la preparación y suministro de sus alimentos y lo hacen manteniendo las costumbres alimentarias. Ellos por la convivencia son conocedores de las preferencias por ciertos alimentos los cuales son incluidos en su dieta cotidiana. Es importante que el personal de enfermería; durante la visita domiciliaria trate en lo posible de indagar datos personales como el lugar de procedencia, saber ¿cuáles son las preferencias o qué alimentos son del agrado adulto mayor dependiente?, para de esta manera tener referencias y elaborar un plan alimentario individualizado teniendo en cuenta el aspecto cultural.

Leininger menciona que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera, los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y cuidado son los medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y la práctica de la enfermera.

Por otro lado, en el ciclo salud-enfermedad de una persona, esta pasa por distintos estadios en donde tanto el contenido como la forma de administración de la alimentación varía en función de la situación del paciente<sup>48</sup>.

En el caso de los adultos mayores debido a la disminución de la fuerza de contracción de los músculos de masticación, la reducción progresiva de piezas dentales, los cambios en la función del estómago o debido a secuelas de enfermedades crónicas, la consistencia de los alimentos se va modificando con la finalidad de que los alimentos puedan ser ingerido o administrados y de esta manera evitar problemas nutricionales. Por ello los familiares cuidadores incorporan dentro de la alimentación dietas de fácil masticación, deglución y digestión de acuerdo a la situación del adulto mayor, las dietas son indicadas y supervisadas por el personal de salud encargado de PADOMI. Así lo describen en sus discursos:

*“...La nutricionista nos ha dado un rol variado y todo Licuado porque ella tiene sonda nasogástrica. En su desayuno: dos huevos sancochados, dos panes y su avena que trae quinua, kiwicha y maca a media mañana su jugo de papaya con plátano de la isla, pera o cualquier fruta de estación; en el almuerzo: sopa de carne con verduras, papa amarilla, otro día sopa de cuy con papa amarilla, caldo de gallina criolla; en la cena: sopa de cabello de ángel con su papa amarilla...” (FC2)*

*“...En la mañana le doy en su desayuno: un huevo sancochado con dos panes integrales, plátano o racacha con queso; como él no mastica bien, le chanco bien los alimentos y le hago bolitas; en el almuerzo lo licuo le preparo sopa de verduras le pongo sémola, menestra o frejol para que quede espeso, así mismo olluco, racacha, sopa de pechito de pollo todo licuado, le doy fruta pera, manzana o cualquier fruta rayado o bien machado. El doctor me ha dicho que le dé de todo, en poca cantidad y de consistencia suave...” (FC8)*

*“...Mi papá desde que cayó bien mal quedo con dificultad para masticar y pasar los alimentos, por eso yo le preparo alimentos suaves, todo sancochadito, su sopa de verduras, sopita de pollo con fideo cabello de ángel, su menestra triturada y su leche, avena, quinua o soya con su pan remojadito que le doy en el desayuno o en la cena...” (FC14)*

Se observa que la gran mayoría de adultos mayores dependientes debido a los cambios anatómicos fisiológicos y debido a secuela de enfermedades crónicas como ACV (Accidente cerebro vascular), tiene dificultad para la masticación y deglución de los alimentos, incluso algunos de ellos son alimentados a través de sonda nasogástrica, por tal motivo los familiares cuidadores tienen que modificar la consistencia de los alimentos brindando dietas líquidas, semisólidas o blandas. Las frutas son trituradas, rayadas o preparadas en jugo, de esta manera se logra cumplir esta necesidad básica.

De acuerdo a la situación del paciente se pueden preparar las dietas con modificación de la textura o consistencia, dentro de ellas tenemos: Dieta líquida, está indicada en fases de recuperación de íleo paralítico, en cuadros de diarrea, para la preparación de exploraciones

intestinales (gastroskopias, colonoscopias, etc.), en las fases de tránsito entre la nutrición parenteral y alimentación oral o en pacientes con problemas de masticación, deglución o digestión secundario a alteraciones fisiológicas o mecánicas. Dieta semisólida o triturada, es una dieta en la que la textura de los alimentos es de tipo puré. Su objetivo es asegurar la ingesta en aquellos pacientes con alteraciones de la masticación y/o deglución. Dieta blanda, es una dieta donde los alimentos se presentan enteros, pero con poco aceite y condimentos, sometidos a cocción con el fin de facilitar la digestión. Esta dieta está encaminada a conseguir el mínimo esfuerzo para la masticación<sup>48</sup>.

El personal de salud de PADOMI es el encargado de supervisar, educar y orientar a los familiares cuidadores acerca de la preparación y forma de suministro de los alimentos, los adultos mayores dependientes por cambios propios de la edad y debido a secuelas de enfermedades crónicas tienen dificultad para una alimentación adecuada, por lo que la textura de los alimentos tiene que ser modificadas. El familiar cumple con las indicaciones con la finalidad de evitar problemas nutricionales o complicaciones en el adulto mayor dependiente.

Las dietas no solo son modificadas en cuanto a su consistencia o textura, en determinadas patologías se debe restringir ciertos alimentos o ingredientes, debido a que pueden alterar el curso de la enfermedad ocasionando graves complicaciones. Los familiares cuidadores conocedores de las patologías de sus adultos mayores y por indicaciones del personal de salud evitan alimentos o ingredientes considerados perjudiciales para la salud, así lo manifiestan en sus discursos:

*“...Mi mamá es diabética e hipertensa yo le preparo comida dietética, bajo en sal, bajo en azúcar, sin condimentos, todo sancochado, bastante ensalada...” (DIARIO DE CAMPO FC5)*

*“...Mi suegra sufre de la presión y tiene diabetes, la comida de ella yo la preparo aparte, bajo en sal, nada de azúcar, no frituras, no muchas harinas (a ella le gusta el pan, pero solo le doy una vez a la semana), ella tiene que comer bastante ensalada, menestras. Eso es lo que nos ha indicado el médico de PADOMI...” (DIARIO DE CAMPO FC7)*

*“...Mi esposa tiene artritis puede comer de todo, menos carne porque le ha prohibido el doctor por su enfermedad...” (DIARIO DE CAMPO FC9)*

Los adultos mayores dependientes presentan las siguientes enfermedades crónicas no transmisibles: el 13/15 padecen de hipertensión y diabetes mellitus, 1/15 padece de artritis y por último 1/15 fibrosis pulmonar. A causa de estas patologías, el familiar cuidador al momento de preparar la dieta debe restringir el uso de ciertos alimentos o ingredientes, debido a que su ingesta puede complicar el estado de salud de la persona. En el caso de las personas diabéticas

deben evitar consumir bebidas azucaradas, dulces, chocolates, reducir el consumo de harinas; en personas hipertensas evitar alimentos grasos, condimentados y salados.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se definen como trastornos orgánicos o funcionales que se caracterizan por presentar ausencia de microorganismo causal, latencia prolongada, factores de riesgo múltiples, siendo determinantes los factores del estilo de vida, el ambiente físico y social. Pueden presentarse en todas las edades de la vida, aunque se establecen preponderantemente en los adultos mayores, produciendo a largo plazo diversas consecuencias, como minusvalías físicas y mentales. Las enfermedades crónicas no transmisibles comparten factores de riesgo comunes. Existen algunos factores de riesgo como edad, sexo, composición genética, que no pueden cambiarse, pero si hay muchos factores de riesgo comportamentales que pueden modificarse adquiriendo prácticas y hábitos alimentarios más saludables<sup>34</sup>.

En un estudio de investigación titulado Hábitos alimentarios en relación al consumo de alimentos protectores de la salud de adultos mayores de más de 70 años, se concluyó que la mayoría de la población adulta mayor estudiada se encontraron hábitos alimentarios que no protegen la salud frente a enfermedades crónicas tales como la obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares<sup>34</sup>. La nutrición y la salud se encuentran íntimamente ligadas. Las investigaciones sugieren que lo que comemos puede influir en el desarrollo, el avance de ciertas enfermedades.

Los adultos mayores pueden ser considerados un grupo muy vulnerable desde el punto de vista nutricional, porque en ellos las deficiencias de este tipo son más frecuentes y los desequilibrios que las mismas originan tienen una mayor influencia en su estado de salud, dada la escasa capacidad de adaptación del adulto mayor de responder adecuadamente antes cualquier tipo de cambio que implique modificaciones en su homeostasis. Es por ello, que la dieta debe ser saludable; incluyendo los conceptos de variedad, equilibrio y adecuación junto con las características de un estilo de vida saludable. La OMS asegura, en este contexto, que una dieta con poco consumo de grasas saturadas, azúcar y sal, y mayor consumo de hortalizas y frutas, además de la práctica regular de alguna actividad física, contribuirá a reducir las altas tasas de muerte y servirá para combatir el aumento constante de las enfermedades crónicas no transmisibles<sup>34</sup>.

El personal de salud durante las visitas domiciliarias brinda educación y consejería a cerca de los alimentos que debe y no debe consumir el adulto mayor dependiente. El familiar cuidador cumple en brindar la dieta según patología para de esta manera evitar complicaciones producto de la ingesta de alimentos o ingredientes considerados perjudiciales para el estado de salud del adulto mayor dependientes.

Los adultos mayores dependiente por los cambios fisiológicos propios del envejecimiento o debido a enfermedades crónicas que padecen, tienen dificultad para ingerir los alimentos en cantidades adecuadas, por lo que se origina un descenso en la ingesta de los nutrientes necesarios para el adecuado funcionamiento del organismo, por lo que los familiares cuidadores buscan alternativas para suplir la falta de nutrientes recurriendo al uso de suplementos nutricionales.

#### **A.2. Suplementos nutricionales.**

El CODEX (Código de los Alimentos), define a los complementos alimentarios como “fuentes concentradas de nutrientes o sustancias afines, solos o combinados, que se comercializan en forma de cápsulas, tabletas y/o polvo, etc. que está previsto que se tomen en pequeñas cantidades unitarias medidas y no como alimentos convencionales, y cuya finalidad es complementar la ingesta de estos nutrientes o sustancias afines en la alimentación diaria<sup>49</sup>”.

Para INVIMA<sup>50</sup> (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos), un suplemento dietario es un “Producto cuyo propósito es adicionar la dieta normal y que es fuente concentrada de nutrientes y otras sustancias con efecto fisiológico o nutricional que puede contener vitaminas, minerales, proteínas, aminoácidos, otros nutrientes y derivados de nutrientes, plantas, concentrados y extractos de plantas solas o en combinación”.

Algunas circunstancias relacionadas con edad hacen que el individuo sea más vulnerable a la desnutrición y tenga más probabilidades de beneficiarse de los suplementos dietéticos; estos factores de riesgo nutricional incluyen: falta de apetito derivada de la enfermedad, pérdida del gusto u olfato, o depresión, dieta deficiente a causa de inseguridades alimentarias, pérdida de funciones, dietas o desinterés en los alimentos, evitar grupos alimentarios específicos como carne, leche o verduras<sup>51</sup>.

Respecto al tema 12/15 familiares cuidadores hace uso de suplementos nutricionales. El motivo para su uso es la preocupación de que el adulto mayor no se está alimentando bien, debido a la enfermedad muchas veces se encuentra inapetente y para suplir la carencia de nutrientes ya sea con o sin indicación médica hacen uso de los suplementos nutricionales, así lo refieren en sus discursos:

*“...A mi mamá le doy leche ensure tres veces al día, en la mañana, tarde y la noche; le damos para nutrirla más por lo que tiene sonda nasogástrica y toda su comida es licuadita. También le damos estas vitaminas Complex D, una pastilla al día, mezclado con su jugo que se le da a media mañana, esa vitamina le damos para que ella se relaje y tenga mayores vitaminas” (DIARIO DE CAMPO FC2)*

*“...Como ahora le damos todo licuadito por lo que no puede masticar, para que se nutra aún más le doy su leche ensure...” (diario de campo FC4)*

*“...La leche ensure le doy a mi papá cuando él no come bien, hay días que no quiere comer...” (FC6)*

*“...En el desayuno y en la cena le doy su leche Ensure todos los días...” (FC7)*

*“...Él toma leche glucerna todos los días porque es diabético y esa leche me ha recomendado el doctor que le dé...” (FC8)*

*“...Antes de irse a descansar les doy su leche que no es de tarro ni de vaca, es la ensure” (FC12)*

Los familiares cuidadores preocupados por la salud y bienestar del adulto mayor dependiente y cuando ven que no se está alimentando adecuadamente o se muestran inapetentes, recurren al uso de complementos nutricionales como ensure, vitamina D y en caso de alguna patología como la diabetes utilizan Glucerna. Los suplementos nutricionales en el mercado tienen costos elevados, es por ello que no todas las familias están en condiciones de adquirirlos. Lo importante es que los familiares cuidadores den a conocer al personal de salud el uso de estos productos, para que puedan ser informados sobre la forma adecuada de administración, dosis y forma de preparación en el hogar. Los suplementos nutricionales que usan los familiares para complementar la ingesta de nutrientes en los adultos mayores dependientes son:

El ENSURE es una bebida de nutrición para adultos, es utilizada con frecuencia por personas sanas y activas, así como también por pacientes hospitalizados o personas con deficiencias nutricionales. Este es un suplemento nutricional que viene en dos presentaciones, en forma de polvo o en bebida lista para tomar. Algo que lo hace muy similar a un batido de proteínas post-entrenamiento son los componentes que contiene: vitaminas; minerales; aminoácidos; proteínas y carbohidratos. Se utiliza para ayudar a las personas a tomar cada una de las vitaminas y minerales que necesitan para tener una salud óptima, además para quienes

padecen deficiencias nutricionales o aquellos que poseen ciertas condiciones de salud. De igual manera, es común que las personas de tercera edad sean quienes lo consumen con frecuencia. Así como quienes padecen algunas condiciones como: diabetes; trastornos neurológicos; anemia por deficiencia de ácido fólico<sup>52</sup>.

Entre los beneficios de tomar Ensure, tenemos: Promover la salud del corazón debido a su cantidad de ácido graso omega-3, es apropiado para pacientes intolerantes a la lactosa o celíacos, aumento de la masa muscular, mejora en deficiencias inmunológicas, promueve la salud de los huesos, disminuye los niveles de colesterol y triglicéridos en la sangre, relaja los músculos y nervios, mejora la acción de la insulina. El uso inadecuado puede conducir a problemas médicos más serios que son posibles, pero no siempre ocurren, así tenemos algunos efectos secundarios: Convulsiones, latidos cardíacos irregulares, cambios en el estado de ánimo o estado mental, pulso débil, calambres musculares, falta de aliento o dificultad para respirar<sup>52</sup>.

Glucerna es una alimentación especializada, formulada con un sistema de hidratos de carbono de liberación lenta de energía, que ha demostrado clínicamente ayudar a manejar tus niveles de azúcar. Está científicamente diseñada para ayudar a manejar la hemoglobina glucosilada HBA1c en niveles óptimos. Contiene ingredientes como ácidos grasos omega 3, aceites vegetales, fibra y fructo-oligosacáridos (FOS), los cuales han demostrado tener efectos benéficos para la salud. Una porción de 237 ml cubre el 25% de las recomendaciones diarias de vitaminas y minerales. Vía de administración: oral y/o enteral. Para manejo por sonda siga las indicaciones y supervisión del Profesional de la Salud. Para preparar una porción de 237ml sirve 200ml de agua fría en un vaso. Entre sus beneficios: Ayuda al manejo de los niveles de glucosa en sangre, como parte de una terapia estructurada, contribuye a una composición corporal más adecuada, fortalece la salud cardiovascular, mejorando la presión arterial y reduce los triglicéridos<sup>53</sup>.

La vitamina D, tiene como función principal facilitar la absorción de calcio por el organismo, que es esencial para el desarrollo saludable de los huesos y de los dientes. Además de mejorar la salud ósea, la vitamina D previene enfermedades como obesidad y diabetes. La vitamina D es importante para la regulación del metabolismo óseo, y actúa como hormona manteniendo en cantidades adecuadas el calcio y fósforo presentes en la sangre, a través del aumento o disminución de la absorción de estos componentes en el intestino delgado<sup>54</sup>.

La vitamina D, cumple las siguientes funciones en el organismo: Aumentar la absorción del calcio y del fósforo en el intestino; fortalecer los huesos y los dientes, haciéndolos más sanos; prevenir enfermedades como la obesidad, la diabetes, la hipertensión y la esclerosis múltiple; aumentar la producción de músculos; mejorar el equilibrio; fortalecer el sistema inmune; mejorar la salud cardiovascular; prevenir algunos tipos de cáncer como los de colon, de recto y de mama; prevenir el envejecimiento precoz. Sin embargo, su exceso son: Debilidad en los huesos y en la elevación de los niveles de calcio en el torrente sanguíneo, lo que puede causar el desarrollo de cálculos renales y de arritmia cardíaca. Los principales síntomas del exceso de esta vitamina son la falta de apetito, náuseas, vómitos, aumento de la frecuencia urinaria, debilidad, hipertensión arterial, sed, comezón en la piel y nerviosismo. Sin embargo, el exceso de vitamina D sólo ocurre debido al uso exagerado de suplementos de esta vitamina<sup>54</sup>.

El uso de complementos aumenta con la edad, casi la mitad de los individuos de 71 años y mayores (43% de varones y 48% de mujeres) tomó suplementos multivitamínicos/minerales según estudios la NHANES (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) 2003-2006. Los adultos mayores se ven motivados a consumir suplementos nutricionales por el bienestar físico, sentirse mejor, tener más energías, mejorar su salud y prevenir enfermedades o tratar enfermedades. Pero cabe resaltar que los suplementos no se ven sometidos a pruebas y reglamentaciones como los medicamentos, aun cuando los consumidores lo utilicen para promover la salud o el bienestar físico o para prevenir enfermedades<sup>51</sup>.

Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU, indica que muchos suplementos contienen ingredientes activos que tienen fuertes efectos biológicos en el cuerpo, lo que podría hacerlos inseguros en algunas situaciones y afectar o complicar su salud. Algunas de las siguientes acciones pueden conducir a consecuencias perjudiciales, incluso mortales, como son combinación de suplementos, usar suplementos con medicamentos (ya sea con receta o de venta libre), sustituir suplementos por medicamentos recetados o tomar demasiado de algunos suplementos, tales como la vitamina A, vitamina D o hierro<sup>55</sup>.

Cabe hacer mención que los suplementos nutricionales no sustituyen a los nutrientes encontrados en los alimentos de origen natural, los nutrientes necesarios para el adecuado funcionamiento de nuestro organismo los encontramos en las frutas, verduras, menestras, cereales y carnes; si el adulto mayor puede ingerir normalmente sus alimentos no es necesario sumarle a su dieta, solo en caso de ser necesario se debe recurrir a su consumo. Es importante



que el familiar cuidador reciba información necesaria antes de empezar a usar cualquier suplemento, debe consultar con el médico tratante o el personal de salud acerca de los beneficios y precauciones que se debe tener en cuenta durante su uso.

Leininger en su teoría menciona que los cuidados pueden mantenerse, negociarse y reestructurarse, con respecto a este sub tema cultural, podemos decir que los familiares cuidadores por los años que llevan cuidando del adulto mayor dependiente han aprendido a brindar de manera adecuada los suplementos nutricionales y tienen muy claro que por la condición de salud de los adultos mayores, no pueden automedicarlos, ellos prefieren consultar antes al médico tratante sobre el uso de cualquier suplemento nutricional. El personal de PADOMI debe reforzar a través de la educación, para que este cuidado siga manteniéndose en los hogares y de esta manera evitar posibles complicaciones.

### **A.3. Incumplimiento dietético: disgustos y “gustitos”**

Una alimentación inadecuada en el adulto mayor se encuentra relacionada con la presencia de enfermedades crónicas, las cuales son causadas debido a que los adultos mayores tienen hábitos de alimentación inadecuada como el excesivo consumo de alimentos con alto contenido de sal, azúcar, grasas entre otros<sup>34</sup>.

Los actuales hábitos alimentarios de la población tienen gran repercusión en su estado nutricional y por consiguiente en su salud. Según la OMS, entre los 10 factores de riesgo claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas 5 están estrechamente relacionadas con la alimentación y el ejercicio físico: la obesidad, el sedentarismo, la hipertensión arterial, el hipercolesterolemia y el consumo insuficiente de frutas y verduras. Por tanto, la alimentación poco saludable y el no practicar actividad física con regularidad son la causa frecuente las enfermedades crónicas no transmisibles más importantes<sup>56</sup>.

En este sentido, al evaluar la contribución de la buena nutrición a la prolongación de la vida, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), señala que la longevidad depende en 19% de la genética, en un 10% del acceso a atención médica, 20% de factores ambientales como la contaminación y 51% de los factores de estilos de vida<sup>51</sup>.

Se sabe que una alimentación adecuada juega un papel importante en la salud de la persona ayudándole a evitar o hacerles frente a las enfermedades gracias a un sistema inmune que se encuentra en condiciones óptimas de respuesta ante agentes agresores; pero existen hábitos alimentarios inadecuados, hábitos que perpetúan con el tiempo y son casi imposibles de eliminar porque son propios de cada persona.

Encontramos adultos mayores que se rehúsan a dejar costumbres alimentarias inadecuadas a pesar de llevar años con la enfermedad, conocer de ella, de sus cuidados en el hogar y sobre todo conocer la importancia de llevar una dieta adecuada para evitar complicaciones, se niegan a recibir una dieta adecuada poniendo en riesgo su salud, así lo manifiestan los familiares cuidadores en sus discursos:

*“...Mi papá es diabético tiene más de 10 años con la enfermedad, motivo por el cual le amputaron ambas piernas, pero él no se cuida, no cumple al pie de la letra las indicaciones del doctor y sobre todo con respecto a su alimentación, no obedece se molesta cuando no le dan sus alimentos como él quiere. Por ejemplo, en el desayuno se come tres panes con su tazón de eco, toma líquidos azucarados, ingiere licor con sus amigos cuando se va a casa de mi hermana. Ha tenido varias recaídas, pero aun así no entiende. (DIARIO DE CAMPO FC3)*

*“... Mi papá es hipertenso, pero jamás en sus años de enfermedad se cuidó, cuando estaba viva mi mamá ella lo cuidaba, pero desde que falleció y empezó a vivir solo se descuidó total, no tomaba sus medicamentos, no se alimentaba bien, tomaba; hasta que le dio derrame y quedo con la mitad de su cuerpo que no puede movilizar... (DIARIO DE CAMPO)*

Los familiares cuidadores hacen todo lo posible para brindar un buen cuidado en el hogar al adulto mayor dependiente, pero algunos de ellos se niegan a dejar de lado sus malos hábitos poniendo en riesgo la vida y su salud. No cumplen con dieta indicada, consumen alimentos que les han sido prohibidos por la patología que presentan.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el mundo la alimentación desequilibrada causa anualmente 36 millones de muertes y en América más de 4,5 millones de muertes, convirtiéndose en el problema de salud más grave que existe en la actualidad; señalando además que en Latinoamérica entre el 25% y 30% de las personas adultas mayores tienen sobrepeso, hígado graso, hipertensión, diabetes, cáncer, causadas por una mala alimentación<sup>57</sup>.

La nutrición es uno de los pilares fundamentales para la salud. Cada día más estudios de investigación ponen de manifiesto la relación entre una alimentación deficitaria o incorrecta y la aparición de ciertas patologías. El dicho popular “somos lo que comemos” nos lleva a la

conclusión de la importancia de la alimentación y sus aspectos relacionados (hábitos, entorno, etc.)<sup>41</sup>. Los familiares cuidadores en su afán de complacer a sus adultos mayores, por el tema de edad, cariño, pena, manipulación “berrinches”; muchas veces acceden a brindarles ciertos alimentos que son prohibidos debido a su enfermedad, lo hacen bajos los conceptos “solo de vez en cuando” o “solo le doy en pequeña cantidad”, así lo describen los comentarios:

*“...A veces le doy galleta o chocolate me como un pedazo yo y el otro le doy a mi papá como que miramos televisión. Él tiene que tomar líquidos bastante por lo que esta con sonda permanente pero casi no quiere, pero bebidas endulzadas si le gusta como limonada, gelatina o gaseosa eso si le gusta de vez en cuando le doy, no es siempre solo de vez en cuando, aparte el doctor me ha dicho que le dé todo, pero en poca cantidad...” (FC8)*

*“...La sacamos a pasear, la llevamos a comer a darle un gustito lo que ella quiera comer...” (FC5)*

*“...Entre promediar las 4 o 5pm le doy algunas cositas que se le antoja no necesariamente fruta puede ser un quequito, le encanta las empanadas rellenas, yogurt, postre: arroz con leche, mazamorra...” (FC13)*

*“...Sí es bien antojada para comer, hay cosas que tú le puedes dar y no las come y como son mayores se encaprichan y no come la comida, te dice no quiero;;, no quiero;; o sino comienza que huy no ya me viene el vómito voy a vomitar sácamelo;;, sácamelo;;, pero no vomita, cuando ya no quiere comer es así, dice ya no me des eso, prepárame esto un hot dog sancochadito no más me dice, dame con mi pan o papitas fritas a veces te pide con mayonesa; en almuerzo a veces se antoja de ají de gallina, papa a huancaína, su cabrito es bien exquisita para comer...” (FC15)*

En los adultos mayores los hábitos alimenticios muchas veces cambian, se vuelven inapetentes por cambios propios edad, por las patologías que presentan, no quieren recibir los alimentos o quieren alimentos que se sean de su agrado generando cambios en su actitud y comportamiento como lo conocidos “berrinches” poniendo en una disyuntiva al familiar cuidador quienes muchas veces por complacerlos acceden a su deseos, lo que no está mal porque cualquier persona haría lo mismo cuando se trata de un familiar y sobre todo si es adulto mayor. Lo que se debe evitar es que se vuelva constante o rutinario porque eso si pondría en peligro la salud del adulto mayor. El familiar cuidador debe buscar formas de preparar los alimentos, claro siempre teniendo en cuenta los nutrientes necesarios, quizá mejorar la presentación, el sabor, la consistencia, preparar postres a base de fruta natural, quizá de esta manera se logre llamar la atención y mejorar su estado nutricional.

Con respecto al incumplimiento dietético se da en dos circunstancias una por tratar de complacer los “gustitos o antojos” del adulto mayor dependiente, pero por referencia del propio familiar cuidador solo es ciertas ocasiones y en pequeñas cantidades, y el segundo el adulto mayor se niega a dejar hábitos alimentarios inadecuados a pesar de tener conocimiento que es perjudicial para salud.

El personal de salud de PADOMI debe negociar y trabajar en conjunto con el familiar cuidador para de esta manera ir mejorando progresivamente e ir dejando de lado los malos hábitos alimentarios, sobre todo en el segundo caso. No es una tarea fácil debido a que cambiar la forma de pensar de un adulto mayor es complicado, los familiares lo han intentado sin éxito.

## **B. Materiales y habilidades del familiar cuidador para la higiene del adulto mayor dependiente en el hogar.**

Cuando en la familia se presenta una situación de cronicidad, los integrantes de la familia, empiezan a asumir diferentes roles, sin embargo, debe haber una persona que asume la responsabilidad de cuidar directamente al adulto mayor dependiente, convirtiéndose en el cuidador principal, el cual apropiará la función de apoyo o suplencia de las actividades cotidianas, al igual que las circunstancias que se presenten en el transcurso de la enfermedad <sup>58</sup>.

El papel del/la cuidador/a no se define sólo en términos de los procedimientos y las tareas que realiza, sino por su capacidad de adquirir el conocimiento, la paciencia y el valor para ello, es decir, la habilidad de cuidado<sup>59</sup>.

La habilidad de cuidado hace referencia al potencial de cuidado que tiene la persona adulta que asume el rol de cuidador principal de un familiar o persona significativa que se encuentra en situación de enfermedad crónica <sup>60</sup>.

Ngozi Nkongo por su parte, plantea la habilidad del cuidado como la capacidad de ayudar a otros a crecer dentro de un proceso de relación que implica desarrollo, y asume que las habilidades esenciales del cuidado son el conocimiento, el valor y la paciencia<sup>61</sup>.

A los adultos mayores a menudo les falta energía para asearse o bañarse, muchos de ellos requieren ayuda para llevar a cabo las actividades higiénicas, situación que debe ser realizado por los familiares, para proporcionar al organismo la limpieza corporal y eliminar microorganismos, refrescar, relajar la tensión y el cansancio además de eliminar malos olores, destacando siempre el patrón de auto concepto y percepción del estado de ánimo donde incluye la actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía, imagen corporal y patrón emocional. El mantenimiento de la higiene personal en los adultos mayores es indispensable para lograr su bienestar y calidad de vida<sup>62</sup>.

La higiene personal es importante para la comodidad, la seguridad y el bienestar de la persona. El cuidado higiénico incluye actividades de aseo y limpieza que ayudan a mantener un aspecto acicalado y limpio del cuerpo del individuo. Las actividades de higiene personal, como darse una ducha o un baño, lavarse los dientes, lavarse y asearse el pelo, así como cuidarse las uñas, promueven la comodidad y la relajación de la persona y fomenta una imagen positiva, ayudan a mantener la piel sana y prevenir infecciones y enfermedades. Mientras las personas sanas son capaces de satisfacer sus propias necesidades higiénicas, las personas enfermas o con impedimentos físicos o emocionales pueden requerir algún tipo de ayuda con su higiene personal<sup>63</sup>.

El equipamiento de la habitación del adulto mayor dependiente antes de la higiene es importante, debido a la limitación física presente, esta actividad suele llevarse a cabo en la misma habitación. La temperatura de la habitación para los ancianos y pacientes graves debe ser mayor a 23° C, se debe evitar corrientes de aire al momento del baño, contar con buena iluminación, preparar los materiales necesarios como: agua temperada, recipientes (tinajas, jarras), útiles de aseo (shampoo, jabón, cepillo, pasta dental, peine, esponjas, toallas), ropa de cama y de uso personal limpia, soleras plásticas para proteger la cama.

El baño en cama a una persona dependiente puede ser una actividad extenuante tanto para la persona que recibe la acción, como para la que realiza la acción. Las familias y en especial quienes asumen el rol de cuidador familiar de las personas adultas mayores dependientes deben enfrentar responsabilidades de cuidado sin tener en muchos casos la habilidad requerida para hacerlo.

Quien asume la responsabilidad del cuidado informal en el hogar, lo hace con un gran compromiso, mediado por la relación afectiva que lo une a la persona cuidada, cuestionándose pocas veces sobre la propia habilidad de cuidado y disposición para asumir tal responsabilidad. Es frecuente que la/el cuidadora/or informal asuma el rol en un breve tiempo, lo que no le permite reflexionar ni cuestionarse frente a lo que sabe, lo que desconoce o el costo que tendrá para su vida, e inclusive si realmente desea asumir ese rol, porque frente a esta realidad, muchas veces, no existe otra alternativa. La reflexión por parte de la/el cuidadora/or surge con el paso del tiempo, en la medida que van apareciendo las exigencias del rol de cuidar, exigencias que debe enfrentar con pocas o a veces ninguna habilidad para cuidar, pero que le obligan a asumir

cada vez más deberes y, sin darse cuenta, a perder poco a poco el derecho a cuidar su propia salud<sup>60</sup>.

Sin embargo, varios estudios desarrollados en América Latina señalan que la habilidad para el cuidado puede modificarse con programas específicamente diseñados para fortalecer a los cuidadores familiares.

En el hogar 13/15 de familiares cuidadores mantienen y realizan una buena higiene personal en el adulto mayor dependiente, diariamente realizan el baño, higiene de la cavidad oral, cambio de ropa de uso personal y de cama, higiene del área genital y cambio de pañal. A lo que refieren que es una de las actividades que demanda de tiempo, esfuerzo y dedicación; al mismo tiempo reconocen que es una necesidad básica importante para el bienestar y cuidado de la piel del adulto mayor.

### **B.1. Aseo matutino, higiene personal.**

La higiene personal es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos universalmente para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, de limpieza y del cuidado del cuerpo humano, tiene por objeto colocar a la persona en las mejores condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente y del propio individuo lo cual es fundamental en la prevención de enfermedades. Por tanto, es necesario adquirir conocimientos básicos de higiene y la influencia que ésta tiene en la persona<sup>62</sup>.

La Piel cumple la función de barrera y protección, por lo que es imprescindible mantenerla en buen estado a través de la higiene diaria, la higiene es una de las actividades básicas y fundamentales que debe ser incluido en nuestro plan de cuidado cuando la persona tenga disminuidas o anuladas las facultades para realizar estas actividades por sí mismas.

La higiene personal es una de las actividades rutinarias que realiza el familiar cuidador al adulto mayor dependiente con el objetivo de mantener su imagen, su bienestar, brindar comodidad-confort y mantener la integridad de la piel. Esta actividad se realiza generalmente en las primeras horas de la mañana, no es una actividad fácil de realizar en personas

dependiente, requiere de tiempo, habilidad, destreza, fuerza y muchas veces de apoyo de un tercero para evitar caídas y sobre todo evitar el agotamiento físico del cuidador.

El baño, la limpieza de cavidad oral, el aseo de genitales son aspectos importantes y que tienen que ser realizados diariamente, debido que contribuyen en el bienestar del adulto mayor dependiente así lo describen los familiares cuidadores en sus discursos:

*“...Desde que amanece tengo que asearlo, primeramente, aquí en su cuarto le traigo sus tinas con agua temperada y allí lo baño con su jaboncito, hasta con limón le lavo la cabeza par que le saque las escaras, mi hija me ayuda a bañarlo algunos días...” (FC1).*

*“...El baño lo realizamos a las 11 de la mañana o puede a veces variar hasta las tres de la tarde máximo, después pasado de las tres de la tarde ya no ya, algunos días la bañamos con agua de manzanilla para que le ayude a relajarla...” (FC2)*

*“...Se observa a la adulta mayor bien cuidada, limpia, a las 10 de la mañana le realizan su higiene en cama (baño de esponja), familiar cuidador refiere que para realizarle su higiene diaria hacen uso de tinas que son de uso personal de la adulta mayor, con su agua temperada...” (DIARIO DE CAMPO FC4)*

*“...Le baño, pero cada dos o tres días, la llevo a ducha con mi esposo, le caliento su agua y allí lo baño para que no le salgan escaras y los días que no lo baño lo limpio con toallitas húmedas...” (FC8)*

*“...Bueno desde que amanece yo por ejemplo me levanto primero hago mi limpieza y de allí comienzo con él, le hago su aseo, lo lavo su cara todo, dejando un día lo baño todo su cuerpito, lo baño con su esponja todo y le cambio sus sabanas, su ropa...” (FC11)*

*“...A partir de las 8 de la mañana le doy su bañito, un baño de esponja, por qué baño, baño no es, seria mentirte, pero así la mantengo fresquecita, antes de que duerma a veces también la baño con agüita de manzanilla que le sirve como relajante y se queda dormida...” (FC12)*

Los familiares cuidadores refieren que la higiene personal es una de las primeras actividades de rutina diaria que realizan a sus adultos mayores, generalmente es realizado cuando este despierta o en el transcurso de la mañana. Por la condición de dependencia y la limitación para la movilización; el aseo diario se realiza en cama en la misma habitación del adulto mayor, por lo que se requiere previo el acondicionamiento del ambiente cerrar ventanas para evitar corrientes de aire, iluminación adecuada, preparar útiles de aseo personal, ropa de cama y de uso diario de la persona. El familiar cuidador traslada hasta la habitación tinas con agua temperada, hacen uso de protectores de cama de material plástico para evitar que el agua humedezca el colchón.

Los familiares cuidadores durante la higiene del adulto mayor, hacen uso de algunos productos caseros naturales como el limón que es usado cuando hay presencia de caspa en el cuero cabelludo, así mismo utilizan la manzanilla como relajante.

El limón tiene propiedades astringentes que ayudan a reducir la segregación de contenidos grasos por parte del cuero cabelludo, los que constituyen una de las principales causas de la producción de la caspa<sup>64</sup>.

La manzanilla posee propiedades sedantes suaves, por lo que se va a convertir en una buena aliada para combatir el estrés. Nada mejor para combatir el estrés y preparar al cuerpo para el sueño que sumergirte antes de irte a dormir en un placentero baño de agua caliente. Para ello, llena la bañera con agua caliente y añade al agua una infusión fría de manzanilla, que puedes preparar añadiendo 3 o 4 cucharadas de flores de manzanilla a medio litro de agua hirviendo, y dejando reposar al menos 10 minutos<sup>65</sup>.

Los principios activos de algunos productos naturales como el limón y la manzanilla son beneficiosos; son productos inocuos, de bajo costo. Es por ello que en algunos hogares los familiares cuidadores lo ponen en práctica.

Conservarse limpio y tener una apariencia cuidada es una necesidad básica que han de satisfacer las personas para conseguir un estado de bienestar. Tener una piel limpia, sana, cuidada, es imprescindible para protegerse de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo.

Cuando en la familia se presenta una situación de cronicidad, los integrantes de la familia empiezan a asumir diferentes roles, sin embargo, debe haber una persona que asume la responsabilidad de cuidar directamente al adulto mayor dependiente, convirtiéndose en el cuidador principal el cual apropiará la función de apoyo o suplencia de las actividades cotidianas, al igual que las circunstancias que se presenten en el transcurso de la enfermedad<sup>57</sup>.

Casi siempre, la persona asume la responsabilidad de cuidado de su ser querido sin tener los conocimientos y las habilidades necesarias para hacerlo. La habilidad de cuidado del cuidador familiar hace referencia al potencial de cuidado que tiene la persona adulta que asume el rol de cuidador principal de un familiar o persona significativa que se encuentra en situación de enfermedad crónica<sup>60</sup>.

En sus inicios como cuidadores, los familiares nos refieren que tuvieron muchas dificultades para la realización de esta actividad, pero lo han sabido superar con la práctica y la



orientación del personal de salud durante las visitas a sus hogares, ello fue observado y descrito en sus discursos:

*“...Observamos habilidad en la realización de los procedimientos, para bañarlo hace uso de dos tinas con agua temperada. Primeramente, prepara la ropa limpia de cama y ropa holgada de uso del adulto mayor y luego realiza el baño de esponja, lo cambia, lo moviliza sin dificultad, el baño lo realiza cada dos o tres días, la higiene de genitales es diaria...” (DIARIO DE CAMPO FC1)*

*“...Lo levanto le hago su aseo en cama, utilizo su jabón y agua temperada, para movilizarlo uso solera, con la solera, la hago de lado, la volteo y para hacerlo sentar también, para bañarlo debajo pongo un plástico para no mojar el colchón y para lavarle la cabeza lo hago sentar y sentadito le lavo la cabeza...” (FC6)*

*“...Ella esta con sonda permanente, bueno en un inicio como yo no sabía ignoraba como era el manejo se me había puesto mal ya 2 veces, inclusive le había dado una infección tremenda que hasta creo convulsiono los primeros días del mes, yo no sabía el manejo, pero de ahí ya me acostumbré ya me indicaron como tenía que hacerlo y eso es lo que más cuido la higiene, diariamente tengo que limpiarla, lavarla, hacerle su higiene...” (FC13)*

Los familiares cuidadores con el transcurso de tiempo han ido adquirido habilidades para realizar el aseo diario del adulto mayor dependiente, no es una actividad fácil de realizar requiere de: fuerza, destreza, habilidad para movilizar al adulto mayor en su misma unidad o del apoyo de otra persona para llevarlo hasta la bañera, pero todo ello se aprende con el transcurso del tiempo.

Ngozi Nkongo citado por Ávila, plantea la habilidad del cuidado como la capacidad de ayudar a otros a crecer dentro de un proceso de relación que implica desarrollo, y asume que las habilidades esenciales del cuidado son el conocimiento, el valor y la paciencia. Para el caso del conocimiento, sobresalen características como el predominio de sentimientos positivos, así como una actitud favorable por brindar atención y protección al paciente; el valor se caracteriza por la presencia de una sensación de preocupación al saber que alguien depende de su cuidado, al igual que la sensación de arresto para enfrentarse a lo desconocido<sup>66</sup>.

El baño generalmente es realizado de manera inter diaria en el adulto mayor, pero el aseo de genitales es realizado todos los días. Para realizar el aseo personal y la higiene de genitales en el hogar hacen usos materiales domésticos que han sido adquiridos y separados para uso personal del adulto mayor dependiente como: tinas, chata, sillas plásticas, material que facilita y permite la realización de esta actividad así mencionan los familiares cuidadores en los siguientes discursos:

*“...En las mañanas, antes que lleguen ustedes yo ya la había lavado y cambiado, cómo ven yo paro solita por eso antes de iniciar con su higiene le preparo todo su material que consta de: tinas, solera*

*plástica para proteger la cama, chata, ropa de cama y de uso personal. Y sus útiles de aseo: shampoo, jabón, esponja, toallas jarras. El baño es cada dos o tres días, pero la higiene de sus genitales es todos los días” (FC7)*

*“... Para bañarla primero pongo agua a calentar, luego alisto sus materiales: shampoo, jabón, pasta dental, cepillo, toallas, tinas, jarras pequeñas, su crema humectante, su ropa de uso diario y ropa de cama, le pongo un plástico que cubra todo el colchón, luego la siento ella se inclinada y le lavo su cabello, con una esponja su cuerpo, sus brazos, luego le seco bien, la envuelvo con una toalla y se acuesta y comienzo con sus partes íntimas a lavarle tiene su jabón especial y luego la seco y le hecho sus cremas...” (FC15)*

Para la realización de la higiene personal de los adultos mayores dependientes en hogar se requiere de implementos o materiales los cuales son llevados hasta la misma habitación entre ellos encontramos: recipientes (tinas, jarras), toallas grandes y pequeñas, esponja, jabón, shampoo, cepillo, pasta dental, crema corporal hidratantes, chatas, soleras plásticas, ropa de uso personal y de cama limpia. Estos materiales son de uso exclusivo del adulto mayor

Los implementos necesarios para el baño son: toalla de baño, toallas pequeñas (esponjas), algodón, jabón con pH neutro (ejemplo glicerina o avena), cepillo y pasta dental, recipiente (tinas, jarras), desodorante, crema humectante, peine o cepillo, cortaúñas, zapatillas, ropa limpia personal y de cama, protector impermeable para proteger la cama.

La práctica de hábitos de higiene es una cuestión de responsabilidad individual, pero cuando se trata de personas adultas mayores dependientes esta cualidades van hacer exigidas de forma importante a su entorno debido a que esta actividad requiere de energía, tenacidad y debe ser realizado diariamente puesto que tiene por objeto colocar a la persona en las mejores condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente y del propio individuo lo cual es fundamental en la prevención de enfermedades.

El aseo personal en el adulto mayor dependiente es una de las actividades rutinarias que pone en práctica el familiar cuidador y pudo ser corroborado por las mismas investigadoras en cada visita realizada, al observar en buen estado de higiene al adulto mayor. Se debe motivar al familiar cuidador a seguir manteniendo esta buena práctica de cuidado, que influye de manera positiva en la salud del adulto mayor.

## B.2. Cambio de ropa de uso personal y de cama diario.

Los adultos mayores dependientes permanecen en cama durante bastante tiempo, por lo que la cama debe estar limpia y cómoda. Eso supone hacer inspecciones frecuentes para comprobar que las sábanas estén limpias, secas y sin arrugas. El cambio de ropa de uso personal y de cama son procedimiento se suele hacer por las mañanas, el cambio de ropa de uso personal se realiza después de baño y el cambio de ropa de cama se realiza después de lavar al paciente o mientras este se ducha o baña<sup>63</sup>.

Durante el día se debe estirar y arreglar las sábanas cada vez que se aflojen o se arrugan. También se debe inspeccionar para ver si hay en ellas partículas de alimentos después de la comida o si están mojadas o sucias. Antes de hacer la cama, es importante coger la ropa de cama y artículos personales del adulto mayor que sean necesarios. De esta manera el familiar tendrá a su alcance todo el material accesible para el tendido de cama<sup>63</sup>.

Después del baño procede el cambio de ropa de cama y de uso personal, esta actividad también lo realizan de forma diaria, lo que favorece a la comodidad y confort del adulto mayor dependiente. Con la práctica los familiares cuidadores han aprendido a realizar el tendido de cama ocupada adquiriendo habilidad para movilizar al adulto mayor postrado de un extremo a otro:

*“...En la mañana le hago su aseo, le cambio su ropa de cama y de uso personal...” (FC7)*

*“...También se le cambia la de ropa de cama porque es importante, todos los días se tienen que cambiar de sabanas y las sabanas se lava dos veces al día y se tiene que planchar por que la tierra y tanta cosa y eso como que las esteriliza no, por eso ella no tiene escaras; está bien cuidadita ya son tres años que ella lleva así...” (FC2)*

*“...La ropa de cama se observa desgastada pero limpia, al igual su ropa de uso personal. Familiar refiere que todos los días realiza el cambio de sabanas y de ropa...” (DIARIO DE CAMPO FC6)*

*“...En la habitación se observa además las sabanas y frazadas limpias, un ambiente cómodo, limpio y ordenado...” (DIARIO DE CAMPO FC10)*

*“...Se observa la habitación de la adulta mayor limpia, ordenada, la ropa de cama limpia, todos los días realizan en cambio de sábanas, la adulta mayor se encuentra tomando su desayuno, se la observa recién bañaba, cambiada, perfumada...” (DIARIO DE CAMPO FC15)*

Tras realizar el aseo completo de la persona dependiente, los familiares cuidadores realizan el cambio de ropa de uso personal y de cama para satisfacer sus necesidades de higiene y confort. Este procedimiento rutinario forma parte de una de las actividades rutina y de higiene del adulto mayor, lo que permite crear un ambiente cómodo y agradable.

En personas adultas mayores dependientes es importante la inspección continua de la ropa de cama debido a que las sabanas pueden estar mojadas o sucias por: comida, sudor, drenaje de heridas, incontinencia urinaria o fecal. En cambio, se debe realizar según lo requiera el adulto mayor. Al momento de hacer el cambio de ropa de uso personal y el tendido de cama se debe tener en cuenta aspectos importante como: la intimidad, comodidad y la seguridad de la persona cuidada; con respecto al cuidador debe adoptar una mecánica corporal adecuada para de esta manera evitar lesiones que pongan en riesgo su salud<sup>63</sup>.

Los familiares cuidadores realizan estos dos procedimientos todos los días, se pudo observar que los adultos mayores dependientes muestran una buena imagen corporal, la piel limpia, ropa de cama y de uso personal de igual manera. Es importante que el personal de salud que realiza las visitas domiciliarias continúe con la educación a través de la promoción de la salud con finalidad de mantener o mejorar la calidad de atención en el hogar del adulto mayor.

### **B.3. Cambio de pañal.**

Dentro de los problemas de salud que afectan a la población adulto mayor destacan por su prevalencia, sus peculiaridades y su impacto negativo los llamados “síndromes geriátricos” la incontinencia urinaria y fecal es una de ellas. La incontinencia supone la pérdida de una función fisiológica (urinaria y/o fecal), por ello cuando aparece debe ser interpretada como una disfunción, bien por algún problema urinario y/o intestinal, o bien, de otros sistemas de nuestro organismo (sistema nervioso, aparato genital, aparato locomotor), que condiciona la pérdida del control de esta función, la incontinencia urinaria es más frecuente que la fecal, y ambas tienen una prevalencia elevada en los adultos mayores dependientes<sup>67</sup>.

Debido a estos síndromes geriátricos los adultos mayores dependientes deben usar permanente pañal descartable o también llamado absorbentes. Los absorbentes son productos sanitarios de un solo uso, que se ajustan al cuerpo para absorber y retener la orina y/o heces en su interior con el fin de mantener la piel seca y sin humedad<sup>67</sup>.

El cambio de pañal es otra de las actividades de rutina que realiza diariamente el familiar cuidador, puede llegar a realizarse de 2 a 4 cambios por día o según lo amerite el adulto mayor, se realiza con la finalidad de evitar que la piel se irrite con los componentes de la materia

fecal o de la orina, previo realizan la higiene de genitales, así lo describen los familiares cuidadores:

*“...Desde que amanece tengo que asearlo y cambiar de pañal, si se ha hecho el dos tengo que limpiarlo...” (FC1)*

*“...Aquí en casa tenemos un horario y no le podemos dejar con el pañal mucho tiempo mojado, le cambiamos rápido para que ella este sana, y en cuanto a los pañales que utilizamos no hay problema por que aportamos todos y se gasten los pañales que se gasten, nosotros con tal de que este sana y no tenga escaras...” (FC2)*

*“...El pañal le cambio 2 o 3 veces al día porque hay días que micciona bastante. Generalmente lo realizo en las mañanas al levantarse y en noches antes de acostarse...” (FC6)*

*“...El cambio de pañal lo realizan cada vez que la adulta mayor lo requiere, antes de cambiarle el pañal, le realiza higiene de genitales, en la mañana con agüita tibia y jabón, el resto del día con pañitos húmedos...” (DIARIO DE CAMPO FC12)*

En los adultos mayores dependientes en cambio de pañal es una de las medidas de higiene que es considerada como parte del cuidado integral de la piel, los adultos mayores por los cambios físicos y patologías tienden a padecer de incontinencia urinaria y/o fecal, es por ello que los familiares hacen uso de pañales descartables los que son cambiados cada vez que el adulto mayor amerita. La materia fecal y la orina contienen sustancias que al estar mucho tiempo en contacto con la piel puede llegar a lesionar.

Se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones sobre el uso pañal descartable<sup>67</sup>: Cambiar el pañal cuando sea preciso, para ello los absorbentes están provistos en la parte exterior que cambia de claro a oscuro a medida que se van saturando de orina; comprobar en cada cambio que no haya enrojecimiento o irritación en la piel, y si aparecen es importante avisarle al personal de salud; prevenir la formación de úlceras en el sacro, nalgas y órganos genitales, mediante cremas protectoras aplicadas después de la higiene con agua y jabón neutro, y secado de la zona; mantener al adulto mayor limpio y seco; vigilar el color y el olor de la orina; evitar largos periodos de inmovilidad, hacer cambios posturales frecuentes en el adulto mayor encamado o sentado; a la hora de realizar el cambio del absorbente es necesario el lavado de manos antes y después del procedimiento.

Los adultos mayores dependientes con síndromes geriátricos como la incontinencia urinaria y/o fecal van a tener que hacer uso de pañales absorbentes de por vida. Es un medio de ayuda práctico para el familiar, también evita que se realice cambios continuos de ropa de cama

y de uso personal, pero se debe tener en cuenta las recomendaciones mencionadas para evitar patologías agregadas como las úlceras por presión u otros problemas en la piel del adulto mayor.

### **C. Prevención y tratamiento de úlceras por presión al adulto mayor dependiente en el hogar.**

Las Úlceras por Presión (UPP), son un problema que data de años atrás, el cual ha afectado y sigue afectando a todas las personas del mundo sin importar raza, credo, o condición social. La piel es muy susceptible a sufrir daño, en aquellos pacientes que la movilidad está restringida o limitada. Las UPP se deben a la isquemia localizada por deficiencia de aporte sanguíneo al tejido. El tejido está comprimido entre dos superficies, generalmente la superficie de la cama y del esqueleto óseo. Cuando la sangre no puede llegar al tejido, el oxígeno y los nutrientes no llegan a las células, los productos residuales del metabolismo se acumulan en las células y, como consecuencia de ello, el tejido muere<sup>68</sup>.

Existen dos grupos de riesgo de persona cuidadas que pueden desarrollar UPP y son: Ancianos: El 70% de los mayores de 70 años son los candidatos a desarrollar UPP, pacientes con lesión medular o parálisis cerebral; de estos pacientes un 50% de los ingresados en centros especializados son candidatos a desarrollar UPP<sup>69</sup>.

En la atención domiciliaria del paciente adulto mayor de ESSALUD, las denominadas lesiones cutáneas crónicas se encuentran dentro de las 10 patologías más frecuentes. La Seguridad Social a través de su Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), atiende un promedio de 2000 pacientes con lesiones cutáneas crónicas al mes, sólo en la ciudad de Lima. El costo de tratamiento de las úlceras de presión, en USA excede los 7 billones de dólares anuales con un promedio de 28 000 dólares por paciente, debido a que son tratamientos costosos y prolongados<sup>70</sup>.

Su reconocimiento es importante, puesto que se han demostrado repercusiones en diferentes ámbitos: en la salud y la calidad de vida de quienes la padecen: en sus cuidadores, en el consumo de recursos para el sistema de salud, pudiendo incluso alcanzar responsabilidad legal al ser considerado en muchas situaciones como un problema evitable<sup>71</sup>.

Durante el proceso de envejecimiento la piel sufre cambios llegando a perder su tonicidad, elasticidad, hidratación y sobre todo se reduce la masa muscular; por lo que se puede evidenciar en la mayoría de adultos mayores la piel pegada a las prominencias óseas. La postración es uno de los factores de riesgo para dar origen a las UPP, los adultos mayores postrados en los cuales la movilidad está restringida o limitada, en algún momento de sus vidas pueden llegar a sufrir de UPP sino reciben los cuidados necesarios en el hogar para prevenir o evitar su formación, la observación sistemática de la piel (de la cabeza a los pies) constante de las zonas donde existe mayor presión es importante aparte existen otras formas de prevenirlas como: la higiene adecuada de la piel, hidratación constante, cambios de posición, colocación de aditamentos de apoyo en zonas de presión como almohadas, pieles de animales o el uso de equipos médicos sofisticados como camas clínica y colchones anti escaras.

Durante la recolección de datos se encontró que 1/15 de los adultos mayores presenta ulcera por presión de 2° grado el cual se encontraba en proceso de cicatrización gracias a la curación diaria que realiza el familiar cuidador. Para la curación de la úlcera por presión hace uso de la medicina convencional indicada por el personal de salud de PADOMI y también hace uso de plantas medicinales por costumbres ancestrales que le fueron transmitidas con el cual asegura haber obtenido resultados favorables.

Así mismo 6/15 de los adultos mayores dependientes visitados, en algún momento de sus vidas llegó a presentar UPP, los familiares cuidadores refieren que ocurrió durante el periodo de hospitalización en algún nosocomio. Los familiares cuidadores en su gran mayoría tienen más de un año cuidando a sus adultos mayores, durante ese tiempo han ido adquiriendo conocimientos acerca del cuidado en el hogar sobre diversos temas como: alimentación, higiene personal, cuidado de la piel, hidratación de la piel, cambios de posición entre otros; los que han sido puestos en práctica en el cuidado diario del adulto mayor dependiente evitando patologías agregadas como son las úlceras por presión.

### **C. 1. Hidratación constante: Uso de cremas y masajes.**

Los adultos mayores dependientes permanecen en cama durante bastante tiempo, es por ello que el tratamiento de la intensidad y duración de la presión a la que se somete el cuerpo es una meta fundamental para la prevención de úlceras por presión. La piel de la persona adulta mayor se torna seca, escamosa y menos plegable por la pérdida de humedad e hidratación; al

estar seca es más susceptible a la ulceración. El número de productos hidratantes cutáneos disponibles aumenta cada día, por lo que no deberá ser difícil encontrar uno que otro que sea del agrado del paciente. Las tres categorías de hidratantes de la piel son: las lociones, cremas y ungüentos<sup>72</sup>.

Las lociones, son cristales en polvo mantenidos en suspensión por surfactantes. Tienen el más alto contenido de agua, por lo que se sienten frías cuando se aplican. También se evaporan más rápido que cualquier otro tipo de hidratante; en consecuencia, se aplican más a menudo. Las cremas, son preparados de aceite y agua, más oclusivos que las lociones. No tienen que aplicarse tan frecuentemente como las lociones; por lo tanto, serían suficiente tres o cuatro aplicaciones al día. Las cremas son mejores para prevenir la pérdida de humedad por evaporación que para recuperar la humedad de la piel. Los ungüentos, son preparados de agua en aceite (por lo general, lanolina o hidrocarburos). Son la forma más oclusiva y de mayor duración de un hidratante. Los estudios indican que los hidrocarburos son un hidratante más eficaz que la lanolina<sup>72</sup>.

Los familiares cuidadores como parte del cuidado diario de la piel y prevención de UPP en el adulto mayor dependiente después del baño o en cualquier momento del día le aplican cremas corporales hidratantes, las cuales favorecen en el cuidado de la piel, sumado a ello realizan masajes suaves en determinadas zonas del cuerpo y que tienen como objetivo relajar, descontracturar y mejorar la circulación de la sangre.

*“...Le paso señorita sus cremas corporales para que su piel no se reseque y también para que no se contraigan sus músculos ni sus nervios...” (FC1)*

*“...Se observa a adulta mayor bien cuidada, piel integra, hidratada. El familiar cuidador nos comenta que en las tardes viene la terapeuta a realizarle sus ejercicios y masajes y para ello utiliza cremas corporales y después del baño también la hidratan con sus cremas...” (DIARIO DE CAMPO FC2)*

*“...Le hecho crema de avena a todo su cuerpo, entonces no le salen escaras gracias a Dios. Utilizo bastante crema, le hecho bastante, bastante, cremita de avena...” (FC8)*

*“...Las escaras salen cuando no lo hidratas y a mi madre yo la tengo constantemente con cremitas, en la noche antes de dormir también la baño a ella porque le saco todas esas cremitas y le vuelvo a echar para que ella pueda dormir relajada, se la trata como un bebé que recién nació, el que menos dice para la edad que tiene su mamá, su cutis está bien conservado...” (FC12)*

Una de las formas de cuidado de la piel es mediante la hidratación, las cremas hidratantes cumplen esa función, en los adultos mayores por los cambios propios en de la edad, y la disminución de la ingesta de líquidos la piel tiende a resecarse y agrietarse llegando a



lesionarse fácilmente sino recibe los cuidados necesarios. Los familiares cuidadores para evitar lesiones en la piel hacen uso de cremas corporales hidratantes. Con el transcurso del tiempo y a través de la educación del personal de PADOMI han ido adquiriendo conocimiento acerca de cuidados básicos de la piel y de esta manera evitar las temidas úlceras por presión.

Una adecuada hidratación puede ayudar a proteger la piel de las agresiones mecánicas, el uso de cremas hidratantes debe ser incluido como parte del cuidado de la piel del adulto mayor dependiente por los cambios fisiológicos que acontecen durante esta etapa, lo que permitirá mejorar la sequedad y por ende el agrietamiento de la piel.

### **C. 2. Aditamentos artesanales y equipos médicos para evitar zonas de presión y movilizar**

Según la Real Academia Española el significado de aditamento es cosa que se añade a otra<sup>73</sup>. Artesanal, es todo aquel producto que es elaborado a través de técnicas tradicionales o manuales, sin que intervenga un proceso industrial<sup>74</sup>. Al unir estas dos definiciones podemos decir que los aditamentos artesanales son productos elaborados a través de técnicas tradicionales o manuales, sin que intervenga un proceso industrial. En el hogar existen materiales en buen estado que ya no usamos y que pueden ser transformados, la creatividad está presente al momento de brindar los cuidados, los familiares cuidadores con la finalidad de brindar comodidad, confort, bienestar, ayuda, movilizar y evitar complicaciones debido a la postración del adulto mayor, elaboran manualmente aditamentos (almohadas pequeñas, soleras de tela, cojines de espuma, pieles de animales, etc.).

El amor, interés, motivación por brindar cuidados de calidad en hogar al adulto mayor dependiente es sorprendente y satisfactorio. Los familiares cuidadores al no contar con medios económicos para adquirir equipos médicos sofisticados recurren al ingenio y la creatividad y con materiales existentes en el hogar elaboran artículos que son de gran ayuda para evitar complicaciones y brindar comodidad en el hogar al adulto mayor dependiente.

*“...Se observa pequeñas almohadas que han sido elaboradas por el familiar cuidador, la cuales son colocadas en las zonas de presión para evitar la formación de escaras...” (DIARIO DE CAMPO FC2)*

*“...Almohadas también utilizo para ponerle en diferentes partes del cuerpo, estas pequeñas las hemos elaborado para ponerle en zonas donde hay presión y evitar que se haga rojo su piel...” (FC4)*

*“...Le pongo almohadas en las piernas, almohaditas a un costado, en la cabecita para evitar escaras, porque no solo salen escaras en el potito, pueden salir también escaras en piernas, en los pies y en esas zonas le pongo las almohadas pequeñas que le hemos confeccionado aquí en casa...” (FC12)*

*“... En la habitación de la adulta mayor observamos varias almohadas pequeñas que han sido elaboradas por el familiar cuidador con la finalidad de ponerlas en zonas de presión y evitar la formación de escaras...” (DIARIO DE CAMPO FC12)*

*“...Para movilizar al adulto mayor en su cama, hace uso de la solera que el mismo familiar cuidador elaboró con sabanas usadas, pero en buen estado...” (DIARIO DE CAMPO FC6)*

*“...Se observa que en su silla de ruedas han acondicionado un cojín elaborado por su nuera para evitar el contacto de la piel con el material de la silla de ruedas. Fue elaborado con material esponja, forrado con pedazos de tela de sabanas...” (DIARIO DE CAMPO FC7)*

*“...Si mi hijo a puesto un aparato (barandas o pasa manos) en la pared del baño así para que pueda agarrarse...” (FC10)*

*“...En el asiento de su silla de ruedas se observa un pedazo de piel de oveja, el familiar cuidador nos comenta que un familiar le obsequio y le gusta al adulto mayor usarlo porque es suave y como está el mayor tiempo sentado le ayuda...” (Diario de campo FC10)*

*“...Tiene su baño portátil que fue hecho por su hijo, Nos comenta que hace varios años la mamá de la adulta mayor tenía uno igual, de allí nació la idea para su elaboración ya que es muy útil y práctico. Consta de una silla de madera, en el centro tiene un orificio donde se coloca el vacín cuando va a realizar sus necesidades, luego se retira y puede ser utilizado como una silla normal debido a que tiene incorporado una especie de tapa forrado y acolchado para comodidad de la adulta mayor...” (Diario de CampoFC9)*

Los aditamentos artesanales más comunes elaborados por el familiar cuidador encontramos: almohadas pequeñas que son utilizadas como puntos de apoyo entre una articulación y la superficie de la cama, cojines de esponja recubiertas con tela suave, que son colocadas en las sillas de ruedas de los adultos mayores que han sido amputados de ambos miembros inferiores, para movilizarlos en su unidad hacen uso de soleras elaboras de sabanas usadas que se encuentran en buenas condiciones. También hacen uso de piel de animales como de la oveja por su textura suave para evitar el contacto de la piel con la superficie de la cama o silla de ruedas, otro aditamento interesante elaborado por uno de los familiares en el baño portátil tiene la forma de una silla de madera acondicionada cómodamente para que el adulto mayor pueda realizar sus necesidades.

Los familiares con mejores posibilidades económicos con la finalidad de mejorar, facilitar el cuidado en el hogar y sobre todo evitar complicaciones adquieren equipos médicos sofisticados, así lo describen en sus discursos:

*“...Mi hermano tiene su cama clínica, su colchón antiescaras que le hemos comprado, su silla de ruedas también tiene para poder movilizarlo, allí lo transporto a sus controles, a la iglesia...” (FC1)*

*“...El familiar cuidador refiere: nosotros aquí en la casa lo cuidamos lo mejor posible, lo atendemos en lo que el necesite, le hemos comprado su cama, su colchón antiescaras porque antes también se le hizo herida en esta zona “señala la parte sacra” y para evitar eso, la enfermera nos recomendó comprarle su colchón antiescaras, tiene su silla de ruedas para sacarle a pasear, los domingos generalmente le llevo a la iglesia...” (Diario de campo FC1)*

*“...Bueno la cama quirúrgica se le ha comprado entre todos los hermanos, su colchón antiescaras también, todos, todos hemos colaborado. La suerte de mi mamá es que ella tiene de todo, cuenta con su aspirador, su nebulizador que se le nebuliza, para medir la presión también tiene, la silla de ruedas. Ósea a mi mamá no le falta nada en ese aspecto, el doctor cuando viene dice que suerte tiene su madre, nos felicita a todos los familiares, mis hermanos por que aportamos y mi mamá esta postrada pero no le falta nada...” (FC2)*

*“...Le hemos comprado a mi papá su colchón antiescaras, porque sacándole del hospital en el colchón de espuma solamente se llenó de escaras en la espalda, en la parte de su columna y en la parte del asiento, como viene el doctor a revisarlo, me dijo señora tienen que comprarle su colchón anti escaras, hice un esfuerzo y le compre, de allí curándolo todos los días se sano; ahora ya no tiene escaras...” (FC11)*

Para lograr este propósito todos los integrantes de la familia aportan económicamente, los adultos mayores también perciben una pensión como parte de su jubilación. Con el aporte de los familiares y la pensión del adulto mayor adquieren aditamentos especiales de apoyo como camas clínicas y colchones antiescaras con la finalidad mejorar el cuidado del adulto mayor dependiente en el hogar.

En la mayoría de los casos, las personas mayores van perdiendo paulatinamente sus facultades y los familiares han de ir adaptando el entorno a sus necesidades. Esto plantea, en ocasiones, ciertas dudas respecto al mobiliario o ayudas técnicas necesarias.

En el mercado existen superficies de apoyo (camas terapéuticas y colchones) estos dispositivos especializados sirven para la redistribución de la presión y están diseñados para el tratamiento o manejo de las cargas tisulares, microclimatizado y/o con otras funciones terapéuticas. Las superficies de apoyo pueden reducir los efectos de la inmovilidad sobre la piel y el sistema musculoesquelético, pero siguen siendo necesario cuidados meticulosos en el hogar debido a que no existe dispositivo capaz de eliminar los efectos de la presión sobre la piel<sup>63</sup>.

El colchón puede ser convencional, de agua, de aire de presión intermitente, un colchón de “huevera” (algunas personas lo llaman de cascarón de huevo). El colchón de agua permite que, con el menor movimiento del adulto mayor, incluido la respiración, el agua se mueve por lo tanto la circulación sigue activa en esas áreas críticas de su piel. Este colchón se llena con agua de la llave, no necesita de instalación adicional. Colchón de aire de presión intermitente está formado por una enorme cantidad de rombitos inflables cuyo aporte de aire tiene diferentes

e independientes conductos de origen. Una vez inflado, el cochón requiere de una fuente de poder o batería que gobierna su funcionamiento. Un pequeño regulador que forma parte del equipo desinfla unos rombitos y desinfla otros, modificando o alternando la presión en ellos, con una frecuencia de cada 15 segundos. De este modo, las distintas zonas de la piel nunca permanecen apoyadas en el mismo punto por más de 15 segundos, favoreciendo la circulación en todo el cuerpo. Colchón de “huevera” se llama así porque se asemeja a los empaques donde se acomodan el huevo para su venta. Tiene la misma dimensión que colchón de individual y su forma permite que el aire pase entre el colchón y la piel del paciente, manteniéndola seca y ventilada. El consejo es que una sábana sobre el colchón para que sea más efectivo<sup>75</sup>.

Los adultos mayores dependientes pueden permanecer en la cama durante bastante tiempo. La cama es la parte del equipamiento más utilizado, debe estar diseñada para la comodidad, la seguridad y para adaptarse a cambiar de posición. En el mercado existen las camas articuladas con ruedas y con posibilidad de elevación esto facilita la manipulación para cambiar a la persona de posición o cambiar las sábanas sin necesidad de agacharse.

Ambas intervenciones realizadas por las familias tienen un fin, brindar comodidad, confort y a la vez evitar complicaciones agregadas como son las úlceras por presión. En los hogares visitados se pudo observar el amor, el esfuerzo, la dedicación con la que los familiares cuidan del adulto mayor; los familiares con menos recursos económicos, pero no indiferentes a brindar un buen cuidado hacen uso del ingenio y la creatividad para elaborar manualmente aditamentos de apoyo que pueden ser utilizados para determinados fines. Los familiares con mejores ingresos económicos adquieren sistemas de apoyo más sofisticados existente en el mercado, en ambos casos es gratificante ver que hay hogares donde los adultos mayores reciben un buen cuidado dentro de sus posibilidades.

### **C. 3. Cambios de posición.**

El envejecimiento también afecta de manera notable la piel, que es un órgano muy complejo, con sustanciales diferencias anatómicas y funcionales en las diversas regiones del cuerpo, que reaccionan de forma distinta a los estímulos internos y externos. Al envejecer, se incrementa el riesgo de que se produzcan lesiones en la piel, esta es más delgada, más frágil y pierde la capa protectora de grasa. La inmovilidad prolongada de los pacientes geriátricos sumada a permanecer en una misma postura son los desencadenantes de la aparición de estas

lesiones en la piel, este hecho provoca que las protuberancias óseas dañen el tejido superficial debido a una opresión capilar, humedad, fricción y fuerzas de fricción paralelas<sup>76</sup>.

Las úlceras son provocadas por la presión prolongada entre una superficie dura (cama, silla de ruedas, sillón, elementos de sujeción y una prominencia ósea, como consecuencia de esta presión se comprimen los vasos sanguíneos de esa zona, reduciéndose la circulación sanguínea, lo que se conoce como isquemia<sup>77</sup>. La formación de una UPP depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel como del tiempo que se mantiene esa presión; Kösiak, citado por Rodríguez en sus investigaciones, demostró que una presión de 70 mm Hg, durante dos horas, puede originar lesiones isquémicas; la presión sumada al tiempo es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimientos o arrastres, que son muy perjudiciales para los pacientes encamados<sup>78</sup>.

En la última década, diferentes autores han desarrollado investigaciones dirigidas a tratar las causas que provocan las úlceras por presión en pacientes geriátricos, y como prevenirlas y una de las medidas de prevención es a través de los cambios de posición.

Los cambios de posición del paciente deberán efectuarse como una medida básica de prevención de UPP, siempre que su estado clínico no se comprometa con la movilización y la adopción de determinadas posiciones. Estos cambios se realizarán cada dos horas y tendrán que quedar registrados para garantizar una continuidad de los mismos y evitar repeticiones innecesarias, además, seguir una rotación programada e individualizada. Para mantener la posición y proteger las prominencias óseas pueden usarse dispositivos, en el caso de los decúbitos lateralizados, la aplicación de una cuña de almohada en la zona sacra puede ser de gran utilidad para disminuir los niveles de presión<sup>79</sup>. La posición y la alineación correctas, así como los dispositivos de reducción de presión, ayudan a mantener la posición correcta del cuerpo y prevenir complicaciones que pueden ocurrir con el reposo prolongado en cama. Cuando un paciente está débil, tiene dolor, se siente frágil, o está paralizado, inmovilizado o inconsciente, no puede conservar una posición o modificarla con facilidad. Es importante realizar una valoración del cuidado de la piel antes y después de volver a colocar a la persona<sup>80</sup>.

Los cambios de posición consisten en movilizar a la persona postrada cada cierto tiempo con la finalidad de evitar que las prominencias óseas ejerzan demasiada presión sobre la piel, muchas veces esta presión ejercida puede llegar a lesionar la piel perdiendo su integridad. Los

familiares cuidadores reconocen la importancia de cambiar de posición al adulto mayor dependiente cada cierto tiempo, así lo describen en sus discursos:

*“...Observamos que para evitar escaras lo movilizan cada una hora, el familiar cuidador ha adquirido su propia técnica durante estos años que cuida a su hermano, lo cambia de posición solo y con practicidad...” (DIARIO DE CAMPO FC1)*

*“... Observamos que los cambios de posición son continuos cada dos horas y para mejorar la movilidad todos los días por las tardes viene la terapeuta a realizarle sus ejercicios que son de más o menos una hora...” (DIARIO DE CAMPO FC2)*

*“...Le doy constante movimiento cada 2 horas para un lado para el otro lado...” (FC4)*

*“...En su misma cama no más le cambiamos de posición, cada ¼ de hora o cada media se le cambia de posición...” (FC5)*

*“...Como él se puede movilizar me ayuda, yo lo volteo le digo papa ándate al otro lado y así lo cambio de posición...” (FC8)*

*“...Para prevenir las escaras, cada dos horas la cambio de posición, la cambio ósea para la derecha, para izquierda...” (FC12)*

*“...Hasta ahorita yo no sé lo que es escaras en mi mama no lo sé , su piel esta normal, claro la muevo siempre de un lado a otro porque se cansa en un solo lado, aparte la tengo que mover porque me han dicho que en un solo lado origina las escaras entonces continuamente la paro moviendo inclusive cuando yo la siento en su silla de ruedas estoy yo, soy maniática estoy que la muevo creo que cada 15 minutos porque uno no se aguanta 3, 4 horas sentada en un solo lugar tengo que estarla moviendo de acá para allá...” (FC13)*

Los cambios de posición es parte de los cuidados diarios al adulto mayor dependiente. Los familiares cuidadores realizan este procedimiento cada media, una o dos horas para prevenir las temidas úlceras por presión que alguna vez les toco hacer frente cuando sus familiares fueron hospitalizados. Los familiares cuidadores reconocen que los cambios de posición sumados otros cuidados de la piel es la mejor forma de prevenir su aparición.

En un estudio de investigación concluye la probabilidad de desarrollar una UPP es de 1,7% veces mayor en las personas a las que no se le realizan cambios posturales frente a los que si se les realiza, la aplicación de un protocolo específico para pacientes de alto riesgo y sin posibilidad de cambios posturales puede evitar el 85% de las UPP<sup>81</sup>.

Con la movilización se alivia la presión, la fricción y el cizallamiento, con ello se evita la isquemia tisular. Es importante recordar que el efecto nocivo de las fuerzas físicas sobre la superficie corporal de contacto, radica no en la intensidad sino en el tiempo de acción de éstas sobre los tejidos, de ahí que el concepto más importante a considerar es el tiempo de exposición

a estas fuerzas físicas. No mantener un nivel de movilidad adecuado predispone a los adultos mayores postrados a un mayor riesgo de úlceras por presión.

Las úlceras por presión son prevenibles, por ello es importante resaltar que la prevención es la actividad prioritaria de los cuidados en las personas cuidadas con riesgo de padecer UPP como es el caso de los adultos mayores dependientes. De los 15 adultos mayores dependientes participantes del trabajo de investigación, solo uno presenta UUP grado II lo que indica que los familiares cuidadores ponen en práctica la educación y consejería impartidos por el personal de salud de PADOMI durante las visitas domiciliarias. Leininger menciona que si los cuidados son adecuados se deben mantenerse y deben ser reforzados constantemente para ser mejorados.

#### **C. 4. Curación de úlcera por presión: Uso de cremas antiescaras, remedios caseros y plantas medicinales.**

Las úlceras por presión son heridas crónicas (es decir, que no cicatrizan de manera oportuna, resisten al tratamiento y tienden a redivar) producto de la necrosis (muerte tisular) por isquemia prolongada e irreversible, causa por la compresión de tejidos blandos. Técnicamente, las úlceras por presión son la manifestación clínica de la necrosis localizada por ausencia de irrigación sanguínea en zonas con presión<sup>72</sup>.

Limpieza de las úlceras por presión, consiste en la eliminación por arrastre de tejidos necróticos, exudados y restos metabólicos, con el fin de favorecer la cicatrización y disminuir el riesgo de infección. Actualmente se sabe que hay que limpiar única y exclusivamente suero salino. Para evitar dañar el tejido sano de granulación, se recomienda aplicar el lavado mediante jeringa (de 20 a 50 ml) conectada con una aguja o catéter 19 G, lo que proporcionaría una presión de arrastre óptima (de 2 kg/cm<sup>2</sup>), sin producir lesión tisular<sup>79</sup>.

14/15 adultos mayores dependientes observados no presentan úlceras por presión, pero si existe un alto riesgo debido a que se encuentran con limitación para la movilización y es uno de los factores de riesgo predisponentes para su formación sino recibe los cuidados necesarios en el hogar. El familiar cuidador es el principal soporte para suplir necesidades básicas que requiera la persona postrada y uno de los aspectos a tener en cuenta es el cuidado de la integridad de la piel.

Según las referencias de los familiares cuidadores 6/15 adultos mayores presentaron en algún momento úlceras por presión durante la estancia hospitalaria y se refieren a las UPP (Úlceras por presión), como heridas graves difíciles de sanar, porque se necesita de la curación diaria y contante para evitar que sigan avanzando. Es por ello que actualmente toman las medidas preventivas necesarias y ni bien observan alguna zona del cuerpo enrojecida aplican cremas tópicas indicadas por el médico de PADOMI lo describen de esta manera en sus discursos:

*“...Apenas alguna ampollita que le sale nosotros le compramos una crema que también el doctor nos ha recetado que es iconyl, esa crema rapidito le seca, le seca rapidito las escaras...” (FC2)*

*“...De todas maneras se le hace un poco roja la piel ahí mismo le hecho una crema que es para proteger su piel...” (FC4)*

*“...Tuvo una mancha negra que se estaba por formar, pero no llego hacerse herida, al médico le pedí que me recetara una crema que es para las heridas y le aplico todos los días después de su higiene y le sano...” (FC5)*

*“...Para las escaras cuando le veo, le pongo esta crema que me dan en el seguro, pero ahora se ha terminado la crema dicen que no llega. Desde que él ha caído enfermo utilizo esa crema, porque se hace estos manchones de lo que se rasca o a veces le gusta acostarse a ese lado y se hace negro...” (FC6)*

*“...Bueno mira ella tuvo principios de escaras, vino el doctor de PADOMI y me dio unas cremitas que son para las escaras, pero en estos momentos ya no hay en el policlínico, entonces nosotros tenemos que comprar muy aparte esa cremita que es antiescaras y le ponemos en las mañanas después de hacerle su higiene, le pongo en todas las nalgas le froto todo, y la hora que la voy a acostar hago lo mismo para que pueda dormir...” (FC7)*

*“...Ni bien le veo que se hace rojo le pongo su parche, porque hasta parches me ha recetado el doctor para ponerle cuando ya está coloreando...” (FC11)*

Los familiares cuidadores inspeccionan constantemente la piel de sus adultos mayores por ello ante el primer signo de formación de una UPP (ampollas, enrojecimiento, mancha negra) informan al médico tratante quien evalúa e indica cremas tópicas como Iconyl, o parches (Tegaderm) la cual es aplicada en la zona de la lesión.

En cuanto al Iconyl es un compuesto de clotrimazol-betametasona es una crema antimicótica y un corticosteroide. Se utiliza en el tratamiento de la tiña e infecciones, tales como la picazón de ingle y entrepierna y el pie de atleta. Además, ayuda a disminuir la hinchazón, enrojecimiento y picazón que pueden presentarse con estas infecciones<sup>82</sup>. Apósito Duoderm, diseñado para reducir el riesgo de ruptura de la piel debido a la fricción. Las directrices del Comité Europeo de Asesoría sobre Úlceras de Presión (EPUAP, por su sigla en inglés) y El Comité Nacional de Asesoría sobre Úlceras de Presión (NPUAP, por su sigla en inglés)



recomiendan el uso de los hidrocoloides para el manejo lesiones por presión. El Apósito puede usarse para manejar las úlceras de presión de etapa I y de etapa II<sup>83</sup>.

En algunos hogares aún se mantienen y ponen en práctica conocimientos ancestrales que han sido transmitidos de generación en generación es así que encontramos familiares cuidadores que preservan creencias y costumbres que fueron aprendidas, para curar heridas haciendo uso de remedios caseros y plantas medicinales, alternándola la curación con medicina convencional.

*“...Observamos que la curación lo realizan con cloruro de sodio al 9% y jabón de pepa que tienen separado para su herida, una vez limpia y seca la herida aplican cremas: portil o mupirox, pero también para la curación utilizan el matico y llantén estas plantas las ponen a hervir con agua, y esa agua la utilizan para lavar la herida, una vez limpia y seca la herida le aplican violeta de genciana, penca sábila o sulfamex...” (DIARIO DE CAMPO FCI)*

El familiar cuidador natural de Rioja nos comenta que la curación de la UPP lo realiza con la medicina convencional según las indicaciones del personal de salud haciendo uso de medicamentos indicados: Cloruro de sodio al 9%, cremas tópicas (portil, mupirox), pero también alterna la curación haciendo uso de plantas medicinales como son el matico, llantén y penca sábila este tipo de práctica ancestral lo aprendió de su madre y ha sido transmitida de generación en generación. Nos refiere que, en la selva las persona para curarse de enfermedades usan frecuentemente las plantas medicinales propias de la región.

La solución salina es el nombre común que se usa para describir una solución de cloruro sódico (NaCl) y agua, en términos sencillos, el agua salada. Por lo general, apunta a tener un contenido en sal que coincide con la del cuerpo humano por lo que será estéril cuando se introduce en el cuerpo de alguien. se recomienda que utilices solución salina si está disponible, porque es más suave para la piel dañada<sup>84</sup>. Portil es un fármaco con acción terapéutica antimicótica, antibacteriana y corticosteroide tópico. Esto desea decir que el fármaco es capaz de eludir el desarrollo de hongos, combate las infecciones ocasionadas por las bacterias<sup>85</sup>. Mupirox pomada de uso tópico utilizada para el tratamiento de infecciones bacterianas de la piel causadas por cepas sensibles a la mupirocina *Staphylococcus aureus*, cepas resistentes a la meticilina y otros estafilococos y estreptococos. El producto se utiliza en: tratamiento tópico de impétigo, foliculitis y forúnculos causados por *Staphylococcus aureus*, otros estafilococos y estreptococos; tratamiento tópico de infecciones cutáneas secundarias<sup>86</sup>.

En cuanto a las plantas medicinales y principios activos encontramos: el matico es una de las plantas más apreciadas en medicina popular por sus propiedades cicatrizantes; las hojas se utilizan en el tratamiento de una serie de malestares del aparato digestivo: dolor de estómago, úlceras estomacales, diarrea, colitis, afecciones hepáticas y de la vesícula; también en los casos de golpes y heridas internas. En forma externa se emplea para lavar heridas y úlceras, y en lavados vaginales<sup>87</sup>. El llantén tiene acción antiséptica, expectorante, antibiótica, cicatrizante, antiinflamatoria, calmante, depurativa, saciante, antihemorrágica, emoliente y astringente<sup>88</sup>.

La penca sábila conocida como Aloe Vera se le atribuye muchas propiedades cicatrizantes, coagulante, hidratante, antialérgico, desinfectante, antiinflamatorio, astringente, colerético y reguladora de la digestión, y muchas propiedades más. El gel del aloe vera permite cicatrizar heridas abiertas, debido a la regeneración celular y tisular que tiene esta planta. Además, tiene un efecto antiinflamatorio y antimicótico que permitirá curar las heridas de manera correcta<sup>89</sup>. La violeta de Genciana es un tinte con actividad antiséptica. Es bacteriostático (inhibe el crecimiento) y bactericida (destruye las bacterias) contra muchos microorganismos, incluyendo algunos hongos, que causan enfermedades en la piel y las membranas mucosas<sup>90</sup>.

En épocas en que el hombre sólo tenía a su disposición los recursos que el planeta le otorgaba, buscó en éstos las herramientas para disminuir el dolor físico y evitar la muerte. Entre los recursos más aprovechados por distintas culturas a través de la historia, se encuentran los recursos minerales, animales y vegetales. Dentro de los reinos de la naturaleza que contribuyen hasta hoy en disminuir síntomas y prevenir enfermedades, destaca el reino vegetal. Las plantas, gracias a su maravilloso y complejo metabolismo, constituyen un verdadero arsenal químico, del cual sólo se conoce con éxito un tercio, considerando la variedad de especies existentes a nivel mundial y aquellas inexploradas hasta hoy<sup>91</sup>.

La fitoterapia se define como la ciencia que estudia los productos vegetales con una finalidad terapéutica, ya sea para prevenir, curar o paliar enfermedades, ya sean leves o moderadas. También puede ser utilizada en el tratamiento de enfermedades crónicas, tanto como tratamiento único o como coadyuvante. Se ha utilizado desde los orígenes de la civilización en consecuencia de la relación directa entre el hombre y la naturaleza logrando diferenciar las plantas que curan de las que matan, transmitiendo esta información de generación en generación<sup>92</sup>.

El creciente uso de plantas medicinales entre la diversidad de opciones de la Medicina Tradicional y Complementaria, es un fenómeno social innegable en el mundo actual. La Organización Mundial de la Salud creó el programa "Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005". En esta estrategia se enfatiza acerca del uso racional de medicina tradicional/complementaria y su incorporación al sistema nacional de salud. En la estrategia de la Organización Mundial de la Salud también se promueve el desarrollo de estudios científicos para contar con evidencias sobre su seguridad, eficacia y calidad que generen mayor acceso y menos riesgos a la población <sup>92</sup>.

En la actualidad en los hogares se preserva el uso de plantas medicinales para el tratamiento de enfermedades, el conocimiento de las propiedades activas ha sido transmitidas de generación en generación, el mismo hombre fue descubriendo con el tiempo que plantas podían ser utilizadas para curar y tratar enfermedades y que plantas no. Pero existen condiciones específicas en la que la medicina a base de plantas no puede ser considerada bajo ninguna circunstancia como una opción terapéutica, dado que en algunos casos es imprescindible el uso de medicina convencional. En tanto, es importante que la población logre identificar aquellas patologías en las que la fitoterapia constituye un tratamiento alternativo sin riesgo.

Es importante que el personal de salud de PADOMI, en las visitas domiciliarias investigue si las familias en el hogar hacen uso de plantas medicinales en el adulto mayor dependiente, porque ellos muchas veces no informan por desconocimiento o temor a “regaños” por parte del personal de salud. Leininger menciona que es importante tener en cuenta el aspecto cultural de las personas como parte de su cuidado, incluir sus creencias, costumbres, estilos de vida; ayudara a mantener, negociar y reestructurar los cuidados. En el caso del uso de la violeta de genciana se debe negociar es cuidado, debido a que en heridas graves como una úlcera de grado II no permite ver si la herida está cicatrizando adecuadamente.

#### **D. Administración de medicamentos, uso de equipos médicos y plantas medicinales para tratamiento del adulto mayor dependiente en el hogar.**

Con el avance de la edad la integridad física se torna más frágil. Por ello, la administración de medicinas y el monitoreo de las condiciones de salud son indispensables dentro del cuidado de los adultos mayores disfuncionales o dependientes. Es por esto que la administración de medicamentos se dificulta en estos casos, pues el cuerpo de los adultos

mayores, en ocasiones, ya no es capaz de procesarlos correctamente. Por ejemplo, la absorción intestinal y las funciones de la circulación sistémica se ven deterioradas con la llegada de la vejez, por lo cual una gran cantidad de medicamentos pierden efectividad o incluso pueden llegar a convertirse en tóxicos. Esto ocasiona que se acumulen sustancias químicas nocivas para la salud. A esto hay que sumar el deterioro de las funciones hepática y renal<sup>93</sup>.

La medicina moderna ha mejorado nuestras vidas de muchas maneras. Nos ha ayudado a vivir vidas más largas y saludables. Pero las personas mayores de 65 años de edad deben tener cuidado al momento de tomar medicamentos, especialmente cuando toma muchos fármacos diferentes. El 80% de las personas mayores padecen una a más enfermedades de carácter crónico con una prevalencia de casi tres veces más del adulto joven, tomando entre 4 y 6 medicamentos a la vez y el 22% de ellas sufre al menos una reacción adversa, bien por la dosis, por el propio efecto farmacológico o por interacción fármaco-fármaco<sup>67</sup>.

Por otro lado, en la mayoría de los casos, las personas mayores dependientes van perdiendo paulatinamente sus facultades y los familiares han de ir adaptando el entorno a sus necesidades, ello incluye modificación en la estructura de la habitación, mobiliario y la adquisición de equipos médicos necesarios para mejorar y facilitar la atención en el hogar.

Los equipos médicos son dispositivos que requieren calibración, mantenimiento, reparación, capacitación del usuario; se utilizan para fines específicos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades o rehabilitación después de una enfermedad o lesión; Se puede utilizar solo o en combinación con cualquier accesorio, consumible u otra pieza de equipo médico. Van desde pequeños y simples, como un medidor de glucosa en la sangre, a grandes y complejos, como un ventilador mecánico<sup>94</sup>.

Para lograr este objetivo los integrantes de las familias aportan económicamente y poco a poco van adquiriendo los equipos médicos necesarios para el tratamiento y control de las patologías del adulto mayor dependiente. La habitación del adulto mayor queda implementada como una mini clínica, pero en el hogar. Lo ideal sería que todos los adultos mayores que son derivados a sus hogares para ser atendidos por sus familiares, cuenten con los materiales y equipos médicos necesarios para recibir una atención de calidad en sus hogares, pero nuestra realidad es muy diferente a la de los países desarrollados, los familiares cuidan a sus adultos

mayores dependientes según su condición económica, muy pocos tienen la dicha de contar con equipos necesarios necesario en sus hogares para una buena atención.

Una de las prácticas de cuidado cultural que se preserva en el hogar es la de usar plantas medicinales para el tratamiento de algunas enfermedades, esta es una práctica ancestral que se va transmitiendo de generación en generación y perdura hasta la actualidad.

Martínez define como planta medicinal a toda especie vegetal que está dotada de actividad para curar o prevenir en sentido amplio<sup>95</sup>. En el Perú se han registrado más de 1400 plantas medicinales, y su uso se ha extendido del campo a las grandes urbes, donde muchas han sido industrializadas con todas las exigencias sanitarias<sup>100</sup>. Los familiares cuidadores el hogar hacen uso de las plantas medicinales para el tratamiento de ciertas enfermedades de los adultos mayores dependientes teniendo en cuenta en no poner en riesgo la vida y la salud. Hacen uso de la medicina convencional alternándola con la medicina tradicional. Son plantas medicinales inocuas que no ocasionan daños en la salud del adulto mayor, pero de todas maneras el personal de salud de PADOMI debe brindar consejería y educación acerca del uso de las plantas medicinales en el hogar. El familiar cuidador antes de brindar algún tipo de planta medicinal debe informarse sobre efectos positivos y negativos, dosis, tiempo de uso, etc.

#### **D.1. Administración de medicamentos según patología.**

La administración de medicamentos en adultos mayores, requiere de cuidados especiales esto es debido a que cada organismo reúne características particulares; por lo que al elegir los medicamentos éstos deben ser adecuadamente seleccionados<sup>101</sup>.

Los adultos mayores son importantes consumidores de fármacos. Un tercio de las prescripciones de medicamentos son hechas en esta población. Revisiones sistemáticas de la literatura han demostrado una importante relación entre el uso de medicamentos y un mayor riesgo de presentar desenlaces negativos relevantes para la calidad de vida de esta población como son hospitalizaciones, pérdida de funcionalidad, y aumento de la mortalidad<sup>102</sup>.

Un adulto mayor toma más de 4 o 5 fármacos diferentes, lo cual supone un mayor riesgo de utilización de medicaciones inadecuadas y de interacciones. También es común que los medicamentos indicados se ingieran en combinación con otros no indicados o con productos naturales que puedan tener importantes interferencias o interacciones con aquellos que han sido

recetados por el médico. Los senescentes con enfermedades múltiples deben ser atendidos, siempre que sea posible, por un solo profesional suficientemente capacitado para que pueda abarcar, con la mayor integralidad, un organismo que sufre varias dolencias. Esta política de fármacos debe volcarse hacia la comunidad y a sus médicos de familia, que son quienes con mayor frecuencia atienden a esta población<sup>103</sup>.

Los adultos mayores debido a pluripatologías que padecen toman diariamente más de 3 fármaco, el familiar cuidador es el responsable de cumplir con la administración de los medicamentos prescritos por el médico de PADOMI de acuerdo a la patología de cada adulto mayor:

*“...Ella ha estado mal y el médico le ha recetado un antibiótico por 7 días que es Levofloxacino ese medicamento por 7 días en la vena que le ayuda a fluidificar la flema, otro es el fluixx, que se le da en la mañana y en la tarde, este medicamento le ayuda también a controlar la flema a parte nosotros también la nebulizamos, el doctor nos ha dado las gotas de fluimicil para nebulizarla...” (FC2)*

*“...Ahora elle está tomando para el dolor paracetamol cada 8 hrs, y para su infección urinaria le estamos dando Nitrofurantoína en la mañana y en la tarde, y las gotitas para los gases en la mañana y en la tarde si tiene molestias...” (FC4)*

*“...Su insulina Lantus 10 unidades antes del desayuno una vez al día, de ahí viene su pastilla para la presión ibersartán que toma mañana y noche, gabapentina que es para la circulación mañana y noche y en el almuerzo ácido acetil salicílico para el corazón que toma una vez diaria...” (FC5)*

*“...El familiar cuidador refiere: de lo que si estoy al pendiente es de sus medicamentos, la insulina sobre todo que le coloco todos los días 10 UI alrededor del ombligo...” (DIARIO DECAMPO FC5)*

*“...Primero la ranitidina, la enalapril 7:30 am, la gabapentina que le doy a las 6 de la tarde, la tiamina que le doy después de comida en la noche, de ahí para la alergia que tiene en su cuerpo le doy la dexametasona, la memantina que es para la memoria y para que descanse su alprazolam antes de dormir...” (FC6)*

*Se observa que cada medicamento está guardado en un respectivo sobre rotulado el nombre del medicamento, la dosis y la hora correspondiente. (DIARIO DE CAMPO FC6)*

*“...Por ejemplo la glibenclamida, enalapril y omeprazol toma a las 7 am en ayunas, después de su desayuno le doy gotitas para los gases, a la 11 de la mañana le estoy dando una pastilla que es para el hígado que se llama piridoxina, después de su almuerzo le damos un jarabe que también es para que le ayude con su estómago hidróxido de aluminio, en cena le toca la metformina y a las 8 de la noche le doy su gabapentina que es para el dolor de sus nuditos de sus piernitas...” (FC7)*

*“...En la mañana le doy para su presión su amlodipino de 10mg, antes del almuerzo le doy su atorvastatina con su glibenclamida y a veces le doy su cefacort por que casi no lo quiere tomar, luego la fenitoína que es para las convulsiones...” (FC8)*

*“...A ver primero es la pastilla para la presión se llama Losartan, después esta que es para artritis (sulfazalacina) y esta que es para el dolor naproxeno, y por último esta pastilla que es para la artritis (leflumide), después hay otra pastilla que toma que es alprazolam...” (FC9)*

*“...Los medicamentos que toma son: el fluixx tres sobrecitos cada doce horas, el paracetamol para el dolor, y unas pastillas que me ha recetado para la infección el ciprofloxacino y la amoxicilina le doy cada 8 horas juntas las dos...” (FC11)*

*Medicamentos que toma recetados son el ibersartan, amlodipino, clopidogrel que es para la irrigación sanguínea que nos ha dicho el doctor, toma carbonato de calcio, tambien dimenhidrinato para los vómitos, mareos, ha estado con insuficiencia a las vías urinarias con infección le han recetado el ceflox-ciprofloxacino de 500mg. (FC15)*

Por los discursos y la observación registrada en el diario de campo, 13/15 toma más de tres medicamentos al día, los encargados de administrar los medicamentos son los familiares cuidadores quienes cumplen diariamente con las indicaciones del médico tratante. Los adultos mayores por las pluripatologías reciben varios medicamentos, los familiares para evitar errores y confusión en la administración con la consejería del personal de salud de PADOMI y por iniciativa propia también se han valido de formas para cumplir con el horario, la dosis, forma y el medicamento correcto según patología, generalmente ellos tienen rotulado y separado cada medicamento.

Los adultos mayores son grandes usuarios de medicamentos. Datos estadounidenses muestran que un 30% del total de las prescripciones de fármacos son hechas en adultos mayores. Al respecto se encontró un trabajo de investigación menciona que, debido al elevado consumo de fármacos, los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento y la alta prevalencia de pluripatología y polifarmacia, los adultos mayores tienen mayor riesgo de presentar RAM con desenlaces negativos relevantes para su calidad de vida<sup>104</sup>.

Por lo detallado anteriormente, una polifarmacia exitosa exige considerar detenidamente ciertas características: Conocimiento racional de cada fármaco, evaluación riesgo/beneficio de cada droga, evaluación geriátrica gerontológica, plan terapéutico integrado, educación al paciente, familiares y/o cuidadores, considerar siempre la posibilidad de iatrogenia tanto al agregar como al suspender un fármaco, evaluación y ajuste constante de las indicaciones. Por esta razón es que considera fundamental que la medicación a personas de tercera edad se realice en forma conjunta y coordinada entre los diferentes especialistas que intervienen en el tratamiento de estos pacientes, sobre todo, entre geriatra, internista y médico de familia<sup>105</sup>.

En el hogar el encargado de administrar los medicamentos al adulto mayor dependiente es el familiar cuidador, debido a las pluripatologías diariamente se le brinda más tres medicamentos, no es una actividad fácil, implica responsabilidad, conocimiento y habilidad para diferenciar un medicamento de otro. El personal de PADOMI a través de la educación ha ido capacitando al familiar para administrar los medicamentos de manera correcta.

## **D.2. Uso de equipos médicos para el control y tratamiento de patologías.**

Tener un enfermo en casa es una de las situaciones más complicadas que los familiares tienen que hacer frente, ya que es necesario acondicionar los espacios, adquirir equipos médicos para que la vida del enfermo y la de los familiares que lo cuidan, sea más cómoda y segura. En la mayoría de los casos, las personas mayores van perdiendo paulatinamente sus facultades y los familiares han de ir adaptando el entorno de acuerdo con sus necesidades.

DIGEMID (Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas) define a los equipos médicos como cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, reactivo o calibrador in vitro, aplicativo informático, material u otro artículo similar o relacionado, previsto por el fabricante para ser empleado en seres humanos, solo o en combinación, para uno o más de los siguientes propósitos específicos: Diagnóstico, prevención, monitoreo, tratamiento, alivio de una enfermedad, o compensación de una lesión; investigación, reemplazo, modificación o soporte de la anatomía o de un proceso fisiológico; soporte o mantenimiento de la vida; control de la concepción; desinfección de dispositivos médico<sup>106</sup>.

Los familiares cuidadores con el apoyo de los demás integrantes de la familia poco a poco van adquiriendo equipos médicos necesarios para el control y tratamiento de patologías en el hogar, así lo describen en sus discursos:

*“...La suerte de mi mamá es de que ella tiene de todo, cuenta con su aspirador, su nebulizador que se le nebuliza, para medir la presión también tiene, la silla de ruedas. Ósea a mi mamá no le falta nada en ese aspecto, el doctor cuando viene dice que suerte tiene su madre, nos felicita a todos los familiares, mis hermanos por que aportamos y mi mamá esta postrada pero no le falta nada...” (FC2)*

*“...Bueno le hemos comprado para medirle su azúcar “glucómetro”, para controlar su presión “tensiómetro”, dejando un día le mido su azúcar y le mido su presión, de acuerdo a eso le doy su pastilla por ejemplo cuando esta alta le doy la metformina con la glibenclamida porque así me ha dicho el doctor y cuando esta ella en 130 o 140 solamente le doy la metformina y cuando está en 100 de glucosa no le doy ni una, ni la otra. Tiene también su silla de ruedas que viene incluido con baño portátil, sirve para movilizarla y también para que haga sus necesidades...” (FC7)*

*“...El adulto mayor se encuentra postrado en cama conectado a un balón de oxígeno permanentemente debido a que sufre de fibrosis pulmonar, el familiar cuidador durante este tiempo ha prendido sobre el*



*manejo, cambio de balón cuando se termina el oxígeno, ella nos dice que tiene que estar pendiente aún ya sabe que más un menos un balón de oxígeno le dura aproximadamente una semana y ella misma realiza el cambio de balón...” (DIARIO DE CAMPO FC11)*

Se puede observar que, en algunos hogares los familiares cuidadores con el apoyo de los demás integrantes han ido adquiriendo equipos médicos necesarios para la atención del adulto mayor dependiente. Ellos padecen patologías crónicas que necesitan de control y monitoreo diario. Por ejemplo, en la hipertensión es importante la toma de presión arterial, en las personas diabéticas la toma de glucosa, por tales y otros motivos adquieren equipos médicos con la finalidad de mantener estables a sus adultos mayores dependientes en el hogar. Los equipos médicos más comunes encontrados en el hogar tenemos: glucómetro, tensiómetro, termómetro, nebulizador, aspirador de secreciones, balón de oxígeno.

El glucómetro o medidor de glucosa en sangre capilar se utiliza para medir la cantidad de glucosa que hay en una gota de sangre. Permite saber si los niveles de glucosa están dentro de su franja ideal<sup>107</sup>. En el ámbito de la medicina, el tensiómetro sirve para controlar la tensión arterial. También puede recibir el nombre de esfigmomanómetro, está compuesto por un brazalete que se ajusta al individuo, un manómetro que mide la tensión y un estetoscopio que ayuda a escuchar el intervalo entre la sístole y la diástole<sup>108</sup>.

El termómetro es un dispositivo que mide la temperatura o un gradiente de temperatura. Un termómetro clínico se compone de dos elementos importantes: un sensor de temperatura en el cual un cambio físico ocurre con temperatura, y un medio para reflejar este cambio físico en un valor numérico como las escalas visibles de un termómetro de mercurio<sup>109</sup>. Un nebulizador es una pequeña máquina que convierte la medicina líquida en vapor. El paciente se sienta con la máquina e inhala a través de una boquilla conectada. La medicina ingresa a sus pulmones a medida que usted toma respiraciones profundas y lentas durante 10 a 15 minutos<sup>110</sup>. El aspirador de secreciones es un equipo con un compresor que crea una presión negativa o de vacío, llamada también succión. Cuando se conecta los tubos, la máquina empuja las secreciones hacia una botella de recogida. Dispone en general de manómetro para indicar la presión, regulador para seleccionarla, una botella para recoger los fluidos, un tubo que se acopla al catéter de succión, un enchufe, un tubo corto que conecta con la bomba y filtro bacteriológico<sup>111</sup>.

Definitivamente contar con equipos médicos en el hogar es de gran ayuda para mantener al adulto mayor dependientes en mejores condiciones, contar con ello le permite al familiar cuidador monitorizar, controlar y dar tratamiento, sobre todo previene complicaciones que en ocasiones requiere reingresos continuos a las instituciones de salud.

### **D.3. Prevención y uso de plantas medicinales.**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), una planta medicinal es definida como cualquier especie vegetal que contiene sustancias que pueden ser empleadas para propósitos terapéuticos o cuyos principios activos pueden servir de precursores para la síntesis de nuevos fármacos<sup>112</sup>.

La fitoterapia es la ciencia que estudia los productos vegetales con una finalidad terapéutica, ya sea para prevenir, curar o paliar enfermedades, ya sean leves o moderadas. También puede ser utilizada en el tratamiento de enfermedades crónicas, tanto como tratamiento único o como coadyuvante. Se ha utilizado desde los orígenes de la civilización en consecuencia de la relación directa entre el hombre y la naturaleza logrando diferenciar las plantas que curan de las que matan, transmitiendo esta información de generación en generación<sup>92</sup>. Los familiares cuidadores hacen uso de ciertas plantas medicinales como parte de prevención y tratamiento de enfermedades en los adultos mayores:

*“El familiar cuidador nos refiere: de planta medicinal lo único que utilizo es el boldo para protegerle y ayudarle a su hígado, nos hace la demostración de cómo prepararla, en una tasita vierte un poco de agüita caliente, le agrega un poquito de esa hierbita y la deja reposar, ello le va dando como agua de tiempo, pero no todos los días, por ejemplo, le da cada tres días...” (DIARIO DE CAMPO FC4)*

*“...De tarde le doy toronjil, manzanilla a veces anís, cedrón para le ayude a relajarse...” (FC6)*

*“...De pajitas le doy hierba luisa, manzanilla, cola de caballo, verónica, tilo cuando a veces esta agripado, la colita de caballo le doy porque tiene la sonda Foley permanente y a veces retiene líquido, y para que eso yo le doy...” (FC8)*

*“...En el caso de mi padre le doy la pachuchaca que es para la diabetes, le doy como bebida, ósea como agua de tiempo, le doy una semana y le hago descansar una semana. A mi mami le doy la manzanilla, el tilo, la menta para la tos, para evitar que tenga tos...” (FC12)*

*“...Generalmente antiinflamatorios, la cola de caballo, la cebada, la linaza esas plantitas que son buena para el riñón. Ya no le doy agüita pura sino las pajitas...” (FC13)*

*“...Bueno Cola de caballo, el boldo que le compran para el riñón, como para desinflamar, su hija es la que le prepara y cuando ella pide también se le da. Yo no lo utilizo, yo cumplo con darle los medicamentos que me da el doctor nada más...” (FC15)*

Según los discursos los familiares cuidadores cumplen con el tratamiento convencional, pero también hacen uso de plantas medicinales inocuas como: el toronjil, boldo, manzanilla, anís, cedrón, hierba luisa, cola de caballo, cebada, linaza, pachuchaca, tilo etc. Tienen mucha precaución al momento de brindar las plantas medicinales debido a la complejidad de las patologías del adulto mayor dependiente, y tienen conocimiento que las plantas medicinales también provocan efectos adversos si no se consume adecuadamente.

**Boldo:** *Peumus boldus* Molina (Monimiáceas) propiedades curativas: cálculos biliares (piedras en la vesícula) y anormalidades de las vías biliares. También se emplea en casos de estreñimiento, cistitis y enfermedades genitales (sífilis y blenorragia). Limpia las manchas de la piel, especialmente de la cara, que son causadas por enfermedades hepáticas<sup>113</sup>.

**Cedrón** *Lippia citriodora* (Verbenáceas) Se usa para combatir dolores del estómago y de los intestinos, especialmente de origen nervioso. Ofrece buen resultado en el tratamiento del decaimiento general, histerismo y abatimiento nervioso. También se usa en espasmos gastrointestinales y dolores menstruales<sup>113</sup>.

**Anís** *Pimpinella anisum* L. (Umbelíferas) se usa para inapetencia, gases del estómago y de los intestinos. Lactancia (aumenta la leche), resfríos y bronquitis. En uso externo se utiliza el aceite de la semilla en algunas infecciones (pie de atleta, piojos). Cola de caballo *Equisetum arvense* L. (Equisetáceas) se usa para la anemia, fatiga y convalecencia. Obesidad, hipertensión, infecciones del aparato genito-urinario, menstruaciones dolorosas, fracturas y heridas, hemorragias y lavados oculares. Toronjil *Melissa officinalis* L. (Labiadas) Se emplea en afecciones gástricas, flatulencias, espasmos y debilidad general. También está indicado en palpitaciones, nerviosismo, opresiones del corazón y jaquecas y otros dolores de tipo nervioso. En uso externo se utiliza para contusiones, dolores reumáticos y heridas. Los buches con té de toronjil calman los dolores de los dientes<sup>113</sup>.

**Tilo** *Tilia europea* L. (Tiliáceas) se usa para los calambres y afecciones nerviosas. Muy recomendado en personas de edad avanzada. Cura con eficacia los catarros, tos, ronqueras y otras afecciones del aparato respiratorio. Como sudorífero, el tilo estimula las funciones de la piel, disuelve y expulsa las toxinas mediante la transpiración o sudor del organismo. Está indicado para combatir la digestión lenta y difícil, ayuda en el tratamiento del sarampión, la viruela, la escarlatina, y en las menstruaciones dolorosas<sup>113</sup>. Pasuchaca *Geranium dielsianum*

Knuth los estudios están orientados a poner en evidencia sus conocidos efectos hipoglicemiantes. Sin embargo, un estudio realizado en la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UNMSM, ha dado a conocer un segundo efecto: el antiinflamatorio, el cual, además propone el uso de una especialidad farmacéutica químicamente estable, como alternativa para tratar casos de inflamaciones tópicas de tejidos blandos<sup>114</sup>.

Con respecto al uso de planta medicinales en un trabajo de investigación se concluyó que el adulto mayor en la comunidad montañosa de Corralillo Arriba, posee conocimientos empíricos del uso de plantas con propiedades medicinales. A pesar de ello, es necesaria la divulgación y educación de la población en relación con las propiedades de las plantas medicinales, formas de preparación, contraindicaciones, toxicidad o interacciones con medicamentos convencionales que pueden repercutir de manera positiva en la percepción y el manejo que pudieran hacer de ellas<sup>115</sup>.

En otro trabajo de investigación se tuvo como resultado el 92,8% de la población adulto mayor de la localidad de La Punta consume plantas medicinales. Se reportó un total de 50 plantas medicinales, siendo las 10 más frecuentes: la manzanilla, la menta, el eucalipto, la sábila, el maíz morado, la maca, el llantén, y el yacón. Se encontró un 32,9% de pacientes polimedicados y 35,6% de pacientes pluripatológicos, siendo la enfermedad más reportada la hipertensión y el fármaco más usado el Enalapril. (Uso de plantas medicinales en la punta callao)<sup>116</sup>.

La naturaleza es una fuente inagotable de vida y salud. Muchas plantas y vegetales no solo son alimentos indispensables, sino también medicinas naturales que previenen y curan muchas dolencias y son de bajo costo. Pero a la vez muchas de las plantas medicinales no han tenido un estudio científico para conocer sus efectos adversos en el organismo es por eso que su consumo debe ser con responsabilidad y precaución; es necesario informarse antes de iniciar el consumo y sobre todo cuando se trata de una persona adulta mayor.

#### **E. Ocio en el hogar, actividades recreativas y prácticas religiosas del adulto mayor dependiente en el hogar.**

El envejecimiento no es sinónimo de una vida sedentaria y rutinaria, al contrario, envejecer puede ser una etapa llena de vitalidad si así se lo proponen. Durante la etapa

productiva del adulto mayor primaba el culto al trabajo, mientras que en la ancianidad pudiera ser el culto al ocio<sup>117</sup>.

El ocio es la manera en que ocupamos el tiempo libre, normalmente en actividades de libre elección, de carácter voluntario y que de alguna manera resulten placenteras, las cuales cumplen con el objetivo de llenar el tiempo libre de sentido personal y social, por medio del entretenimiento o el descanso, promoviendo la autonomía, la diversión y el desarrollo integral<sup>118</sup>.

Los Santos sostiene que, en la vejez, los ancianos se cargan de temores, preocupaciones, angustias y mitos, de ahí que las actividades recreativas que estos puedan realizar mejoran la comunicación, la expresión y la socialización con su entorno. La recreación para mejorar la calidad de vida en las personas de la tercera edad se justifica, porque ofrece al anciano un buen uso del tiempo libre que antes ocupaba en el trabajo, aprende a recrearse y a sentirse verdaderamente confortable, tanto física como espiritualmente<sup>119</sup>.

En muchos estudios se ha encontrado que las personas con creencias y prácticas religiosas afrontan de mejor manera las situaciones de estrés que lleva consigo el envejecimiento y también gozan de mejor salud física, mental y viven más que las personas no practicantes<sup>120</sup>.

La religión forma parte importante en la vida de la mayoría de las personas. Diversos estudios alrededor del mundo han indagado sobre la influencia de la religión en el cuidado de la salud, en diversos grupos etáreos, entre los que se encuentran las personas adultas mayores. En la etapa final de la vida, estas personas experimentan cambios que frecuentemente se expresan en pérdidas de trabajo, de su rol en la familia y en la sociedad; pérdidas emocionales, de familiares y amigos, y, por supuesto, cambios irreversibles en la salud, que se evidencian en el cuerpo y el funcionamiento físico. Estos cambios traen como consecuencia limitaciones permanentes que influyen en la autonomía e independencia. Las personas mayores tienen diversas maneras de afrontar dichos cambios y la adhesión a los principios y prácticas religiosas es uno de ellos<sup>120</sup>.

En el hogar los familiares cuidadores tratan de fomentar el ocio en los adultos mayores dependientes realizando actividades sencillas. La gran mayoría de adultos mayores se

encuentran postrados de manera permanente debido a las secuelas de enfermedades crónicas, muchos de ellos no están conscientes, ni lucidos, y ya no están en condiciones de salir al ambiente exterior. En estos casos lo que hace la familia es programar visitas o reuniones con los demás integrantes; se reúnen, comparten fechas festivas como: cumpleaños, día de la madre, día del padre, en fiestas patrias los hijos que se encuentran fuera de la ciudad aprovechan para visitarlos, de igual manera navidad se reúnen los hijos, nietos, sobrinos, primos y le brindan compañía al adulto mayor. Otra de la actividad recreativas es ponerlos a escuchar música que era del agrado del adulto mayor, así como ponerlos a ver sus programas favoritos en la televisión. Y en el caso de los adultos mayores que se encuentran postrados pero su condición de salud es más favorable realizan actividades como paseos familiares, lectura de periódico, hablar por celular con familiares que no se encuentran en la ciudad, apoyan en el hogar.

Los familiares cuidadores son conscientes que los adultos mayores dependientes se encuentran en la etapa final de la vida y que sufren a consecuencia de las enfermedades que padecen, ellos cumplen con cuidarlos lo mejor posible en el hogar, pero el sufrimiento también es de ellos por el amor y cariño a sus seres queridos, sumado a ello la responsabilidad del cuidado diario que es agotador. Ante esta situación de desánimo y sufrimiento que es comprensible se aferran a un ser supremo, a la ayuda divina para encontrar en ello la fuerza y fortaleza que necesitan cada día poniendo ante todo su fe en la religión que profesan y sobre todo en Dios. En sus hogares podemos observar pequeños altares religiosos con imágenes de sus Santos de los que son devotos, reciben la visita de integrantes de la iglesia (sacerdotes, monjas, pastores, grupos de oración), con quienes realizan la oración, canticos y lectura de la biblia. De esta manera logran cada día hacer frente a las situaciones difíciles que les toca vivir.

### **E.1. Ocio en el hogar: Distracción, medios de comunicación y uso de tecnología digital.**

Para Cuenca Cabeza, el ocio forma parte de las necesidades vitales básicas específicamente humanas que se relacionan con el deseo, la libre elección, la motivación, el disfrute. Es “una experiencia humana integral”, lo que supone que ésta es compleja, centrada en acciones libres y satisfactorias, que se realizan con un fin en sí mismas<sup>121</sup>.

El ocio lo definen como toda actividad autónoma y reconfortante que se valora en sí misma y que se diferencia del mundo del trabajo y las obligaciones. El ocio supone un tiempo

de autonomía, recogimiento, enriquecimiento y disfrute de actividades que nutren necesidades psico-sociales, de salud y propician el desarrollo humano para la reconstitución del sujeto en sus diversas formas de existencia social<sup>122</sup>.

Las personas mayores dependientes necesitan más cosas que cubrir sus cuidados básicos de alimentación, sueño, higiene, etc. Necesitan hacer cosas cada día que les resulte significativas, y lo cuidadores tiene un papel fundamental, aquí también, para facilitar que los adultos mayores se involucren en actividades que tengan sentido para ellos, pero esto no significa que tengan que estar todo el día “entreteniendo” al mayor. Las personas envejecen en medida que se apartan de la realidad, por lo tanto, conviene facilitarles asuntos que sean de actualidad, leer y comentar las noticias, estar atentos a lo que ocurre con los miembros de la familia y amigos, llamara los amigos e intentar verlos<sup>67</sup>.

Los familiares cuidadores ponen en práctica actividades de ocio en el hogar con el adulto mayor dependiente así lo manifiestan sus discursos:

*“...Le ponemos música de su época cuando mi papá la enamoraba, mayormente en la mañana se le ponen su música variada a todo volumen para que escuche y no se aburra y así ella está feliz...” (FC2)*

*“...Ve televisión todo el día, sus programas favoritos son las películas mexicanas, las comedias, ya él sabe cuáles son sus canales...” (FC8)*

*“...Su hija nos comenta que al adulto mayor le gusta leer el periódico y llegar el pupiletras y que esos son sus pasatiempos favoritos...” (FC3)*

Los adultos mayores dependientes disponen de mucho tiempo libre, debido a su nueva condición dejaron atrás actividades cotidianas que solían realizar. Ahora el responsable de cubrir esos “espacios o vacíos” es el familiar cuidador, quien será el encargado de programar actividades que serán puestos en práctica en cualquier momento del día. Estas actividades consisten en escuchar música, ver televisión, leer el periódico y llenar pupiletras.

Los efectos positivos del ocio son conocidos desde la antigüedad. Los griegos proponían el descanso, el deporte o la contemplación como actividades que incidían positivamente en la salud y ayudaban a recobrarla. Sin embargo, tanto el concepto de ocio como el de beneficio han evolucionado profundamente en estos más de veinte siglos de historia. Así, el siglo XXI se asoma al ocio con una mirada nueva en la que destacan sus aspectos positivos y, como consecuencia, se valoran más que nunca los beneficios que se obtienen de su vivencia<sup>123</sup>.

El disfrute constructivo del ocio se puede considerar un valioso recurso para fortalecer un desarrollo personal saludable. El ocio ayuda a generar experiencias óptimas, actúa como una actividad terapéutica y puede ser utilizado como una estrategia de afrontamiento, orientando así la lucha vital frente al distress<sup>124</sup>.

Un estudio de investigación concluye que, en nuestros días, el papel del ocio ha tomado una gran relevancia en la búsqueda individual por mejorar la calidad de vida, desarrollando las propias capacidades de manera integral y enriqueciendo las experiencias. Por último, pondera que el ocio con direccionalidad positiva contribuirá generando satisfacción, bienestar y entrega; convirtiéndose en una fuente de energía capaz de lograr un mejor equilibrio psíquico. El ocio vivido bajo este fundamento se nutrirá aportando alegría, entusiasmo, autorrealización y autoconfianza, favoreciendo así en su articulación, con la optimización y enriquecimiento de la calidad de vida del hombre<sup>123</sup>.

La tecnología también forma parte como actividad de ocio en los adultos mayores dependientes, aparte de ser un medio de distracción le permite a la persona mantenerse en comunicación con los integrantes de la familia que no viven con el adulto mayor, así lo describen los familiares cuidadores:

*“...El familiar cuidador nos refiere: Mis hermanas son las que cuando vienen le ponen el celular, como tengo hermanos que viven lejos ellos llaman todos los días y lo que hacemos es ponerle el celular en su oído para que ella escuche lo que le hablan mis hermanos, y al escucharlo ella como que reacciona. También hemos creado un grupo de whatsapp entre todos los hermanos, allí nos informamos como esta mamá, enviamos fotos para que la vean...” (DIARIO DE CAMPO FC2)*

*“...Familiar cuidador refiere: sus hijos le han comprado su celular, en las tardes ella los para llamando, ya aprendido a llamar y recibir llamadas, allí se distare ella... (DIARIO DE CAMPO FC7)*

*“...Mi hija le regalo su tablet a su papá en su cumpleaños, primero no sabía su manejo, pero ya mi hija le ido enseñando y ahora en eso el distrae...” (FC10)*

Actualmente en los hogares usan la tecnología como un medio de comunicación y como parte de actividad de ocio, el uso de los móviles es cada vez más frecuente en las personas de todas las edades incluidos los adultos mayores, es como una necesidad impuesta por el ser humano porque prácticamente ya no podemos vivir si ella. El uso del móvil tiene sus ventajas y es que nos permite estar cerca literalmente hablando de las personas que están lejos, en el caso de los adultos mayores lo utilizan para comunicarse con sus familiares que no viven con ellos o por otros motivos se encuentran fuera de la ciudad, así mismo se utiliza como un medio de distracción y de información.



La evolución de la tecnología ha llevado cada vez más a la innovación de los móviles y con ello de las aplicaciones móviles. Con el paso del tiempo, se pasó de tener un dispositivo móvil simplemente para llamar y recibir llamadas o mensajes de texto a un dispositivo el cual empezaba a tener integrados calendarios, alarmas, juegos sencillos. Con el desarrollo de las aplicaciones móviles y el aumento de estas, se ha pasado de aplicaciones móviles básicas a aplicaciones de todo tipo, tanto de ocio, como de finanzas, deportes, redes sociales, y como no, han surgido aplicaciones móviles destinadas a la tercera edad. Todas estas tienen como finalidad mejorar el nivel de vida y el día a día de las personas mayores o simplemente de aquellas personas que las utilicen<sup>125</sup>.

Las nuevas tecnologías han visto dificultades para implantarse en la tercera edad, ya que es un público que no ha crecido con ellas y desconoce su funcionamiento, sin embargo, cada vez está más consolidado en la población mayor de 60 años. Esta brecha digital se ha reducido en los últimos años. Según los datos de la encuesta sobre equipamiento y usos de las tecnologías de la información que elabora el INE, el acceso de las personas mayores a las nuevas tecnologías se ha incrementado en más de un 85%<sup>125</sup>.

En el estudio de investigación donde fue obtenida la información concluyen que, actualmente gran parte de las personas pertenecientes a la tercera edad están muy alejadas del mundo tecnológico. Pero cada vez más personas mayores entran en este nuevo mundo para no sentirse excluidos o por simple curiosidad. La integración y la enseñanza cobran protagonismo para adecuar la tecnología a las personas mayores. introducir a los mayores de manera gradual dentro del nuevo mundo, es decir, enseñar poco a poco aplicaciones útiles y de fácil manejo para que comprendan mejor lo que tienen entre manos. Una vez se están llevando a cabo los primeros progresos, se debe ir informando a la persona mayor de sus éxitos animando a que en un futuro éstos se sigan desarrollando<sup>125</sup>.

La tecnología forma parte de nuestras vidas, actualmente todos estamos inmersos en ello, la propuesta de introducirla de manera gradual en nuestros adultos mayores puede resultar beneficioso como una actividad de ocio, todo lo que ayude a mejorar la calidad de vida en las personas es bienvenido. Es verdad que implantarlas en las personas adultas mayores no es fácil porque como se menciona en la bibliografía encontrada ellos no han crecido a la par con este avance tecnológico, por lo que su manejo puede ser dificultoso, pero con ayuda, práctica y orientación se puede ir logrando. Son muy pocos los hogares donde se ve que los adultos

mayores hagan uso del celular, entonces corresponde al personal de salud mantener este tipo de actividad de ocio como parte del cuidado en el hogar, en las personas o familiares cuidadores que ya lo están poniendo en práctica e ir introduciéndolo a través de la educación y consejería en las familias que aún no lo ponen en práctica.

## **E. 2. Actividades recreativas: Paseos y reuniones familiares.**

La recreación está presente en todas las etapas de la vida del ser humano, lo condiciona en su desarrollo y lo caracteriza; pero está bien claro que la recreación es necesaria en toda persona, independientemente de su género y edad. La recreación incluye actividades y experiencias cotidianas, que proporcionan beneficios sociales y personales. La palabra “recreación” proviene del latín “recreatio, ōnis” y significa “acción y efecto de recrear, diversión para alivio del trabajo”. Por su parte, “recrear” equivale a “divertir, alegrar o deleitar” Real Academia Español. Entonces podríamos deducir que la recreación transmite diversión, deleite y alegría<sup>126</sup>.

Las actividades recreativas brindan muchos beneficios a la persona tanto físico como mental, pero hay que tener en cuenta que el proceso de envejecimiento no es igual en todos los adultos mayores y por ende la respuesta del organismo ante las enfermedades no es el mismo. Algunos tienen una vejez más saludable y con mejor respuesta ante las enfermedades y otros no, ante una respuesta deficiente el organismo sufre las consecuencias, ello es causa para que muchas de sus actividades recreativas de la vida cotidiana se vean limitadas.

Entonces las actividades recreativas se realizan de acuerdo a la condición de salud de la persona adulta mayor. Los adultos mayores que debido a su condición severa, las actividades recreativas son limitadas porque muchas veces se niegan a participar de las mismas, en estos casos los paseos son cerca o en el mismo hogar así lo manifiestan los familiares cuidadores en sus discursos:

*“...Lo saco en su silla de ruedas afuera para que distraiga, la llevó a la Iglesia algunos domingos, según a como él se encuentre, porque hay días que no tiene ánimos de salir de su cama...” (FC1)*

*“...El familiar cuidador nos manifiesta sacarla a pasear cerca de su casa ya que a la adulta mayor no quiere salir...” (Diario de campo FC4)*

*“...Tenemos movilidad lo llevamos en el carro y le damos una vuelta; no le gusta mucho tiempo porque se aburre y se agota...” (FC8)*

Según los discursos las actividades recreativas puestas en práctica en el hogar con el adulto mayor dependiente son limitadas debido a su condición de salud que no le permite estar mucho tiempo fuera de casa. La movilización es cerca o dentro de la casa, de la habitación a la sala o al patio de casa y cuando su condición algunos días es estable los sacan fuera de casa o los llevan los domingos a la iglesia. En muchos de los casos son los mismos adultos mayores que ya no desean participar de estas actividades recreativas prefieren permanecer en sus hogares y es entendible debido a su condición para ellos es agotador así se trate de un paseo cerca de casa.

Los adultos mayores que se encuentran en mejores condiciones salud comparten momentos en familia como las salidas de paseo fuera de casa:

*“...La sacamos a pasear con mi papa una vez a la semana a darle un gustito, como mi papá tiene su carrito allí nos movilizamos y ella está feliz cuando sale...” (Diario de campo FC5)*

*“...La llevamos de paseo a comer al campo, ayer hemos estado en la playa y así de vez en cuando la llevamos a dar una vueltita porque aquí ella se desestresa y le encanta salir...” (FC7)*

*“...Bueno eventualmente la sacamos una o dos veces al mes porque ella ya no quiere salir, es mi hermano quien la lleva a pasear en su carro, pero sinceramente para nosotros es un sacrificio porque tenemos miedo de que al momento de subirla se vaya a lastimar o a pasar cualquier cosa durante el paseo...” (FC13)*

*“...El familiar cuidador nos refiere que es su hermano quien la saca a la adulta mayor, pero de vez en cuando ya que ellos tienen temor de que se vaya a caer o le pueda pasar alguna cosa durante la salida...” (Diario de campo FC13)*

Los Adultos mayores dependientes que se encuentran en mejores condiciones, disfrutan de los paseos en familia. Los familiares aprovechan estos momentos para complacer al adulto mayor permitiéndoles decir los lugares que desean visitar, los alimentos que quieren comer “gustitos” y también aprovechan para relajarse porque como cuidadores también se agotan y necesitan relajarse para evitar el stress.

El paseo es una de las actividades más interesantes y presenta pocos peligros si la persona va acompañada y utiliza un producto de apoyo adecuado (bastón, muleta, andador o silla de ruedas). Tienes varias ventajas: estimulación física, contacto exterior, posibilidad de relaciones sociales. El mejor momento del día para el paseo es por la tarde. La mañana suele estar ocupado con actividades básicas como: levantarse, el aseo, el desayuno y la preparación de la comida. Además, el ejercicio es mejor antes de la noche y generalmente permite a la persona dormir mejor<sup>67</sup>.

Un trabajo de investigación concluye que la actividad recreativa, en un ambiente natural, brinda un sin fin de posibilidades y beneficios al adulto mayor; sin embargo, los beneficios que se podrían obtener de ella, dependerán del profesional que conduzca la actividad, de la disposición, de los cuidados que se tengan en el paisaje de trabajo, de los correspondientes protocolos de seguridad, y de cómo se utilizan los recursos para tal objetivo<sup>126</sup>.

Es conveniente crear una rutina respecto a esta actividad, ya que es beneficiosa, si el adulto mayor no quiere salir todos los días, se debe programar días alternos o al menos salir 4 veces a la semana. Puede sacarse partido del paseo, no solo en sentido físico, sino también en el cognitivo. El paseo representa la posibilidad de recibir estímulos visuales, auditivos y olfativos. Enfatizar estos estímulos y pedir a la persona que los identifique, le ayudara a mantenerse mentalmente activo<sup>67</sup>.

Los momentos compartidos en familia para el adulto mayor son de gran importancia, puede ser que el familiar lo realice como parte de su costumbre o hay ocasiones especiales para compartir de estos momentos así lo describen los familiares cuidadores de los adultos mayores dependientes:

*“...Su familiar cuidador manifiesta que se reúnen en casa junto con sus hijos y nietos, ellos le hablan y le hacen reír y de esa manera le hacen un poco de compañía, ella siente nuestra presencia, nos mira fijamente como si quisiera decirnos algo...” (Diario de campo FC1)*

*“...Somos muy unidas las 3 hermanas, siempre nos reunimos y mi mamá al escuchar las voces de mis hermanas reacciona, ella se siente feliz de que vengan a visitarla y yo siento que ella reconoce las voces porque nos mira...” (FC2)*

*“...Su familiar cuidador nos comenta que siempre se reúnen en familia y cuando lo hacen le hablan, le cantan y ven la expresión de su madre de que está feliz...” (Diario de campo FC2)*

*“...Recién ha sido su cumpleaños el mes pasado, mis hermanos y yo le hemos celebrado con los familiares, pero siempre viene a saludarla y no se olvidan...” (FC5)*

*“...Nos refiere si reunirse en casa con sus familiares y que recién le han celebrado su cumpleaños donde han venido varios familiares a saludarla...” (Diario de campo FC5)*

*“...Hago misas acá en casa y es allí donde mis familiares vienen a ver a mi mamá y a mi papá, los cito mayormente los sábados o domingos, ellos vienen y participan, conversan con ellos...” (FC12)*

*“...Bueno en cuestiones de fiestas nos reunimos mayormente en fechas especiales como el día de la madre, todos sus hijos dan una cuota, se hace un almuerzo y todos vienen almorzar con ella, nos juntamos aquí en la casa, en navidad igualmente, cualquier festejo que se hace es con la participación de todos sus hijos...” (FC15)*

Otra de las actividades recreativas pues en práctica en el hogar son las reuniones familiares ya se en días normales o en fechas especiales como onomásticos, día de la madre o

del padre, etc. Los familiares cuidadores aprovechan estos espacios para reunirse con los demás integrantes de la familia: hermanos, primos, tíos, nietos y compartir momentos agradables en compañía del adulto mayor. Esta es una actividad quizá más importante y de disfrute para el adulto mayor dependiente, sentir la cercanía de sus seres queridos en estas etapas de la vida los hace ser importante, queridos y sobre todo protegidos.

Las familias constituyen el principal referente de los individuos y la sociedad. Un ambiente familiar de afecto, cariño y atención es favorable para la salud; por el contrario, el contexto familiar de desapego y desinterés conduce a sentimientos de abandono y surge la depresión que es campo propicio para las enfermedades; que modifican la vida cotidiana del adulto mayor y la familia. Un estudio realizado sobre el binomio familia y adulto mayor concluyó que las familias necesitan estar preparadas y sensibilizadas para la convivencia y atención de sus adultos mayores y como consecuencia del proceso de transición demográfica que vive el mundo de hoy, esta afirmación debería tenerse en cuenta y comenzar iniciativas que mejoren las condiciones de los adultos mayores<sup>127</sup>.

Rozema H. agrega que “el contacto físico está constantemente asociado con algo maravilloso; y el argumento es que el contacto físico es recompensador, crea felicidad, y puede ser una experiencia curadora” y continúa al mencionar lo siguiente: todas las personas sufren de “un hambre de piel”, en especial las personas mayores. En la tercera edad se necesita contacto físico, porque generalmente se cuenta con pocos familiares y amigos vivos o que viven cerca; el/la cónyuge ha muerto, sus hijos viven muy lejos o se experimenta un deterioro de vista y audición. Estos factores hacen que el sentido del tacto se convierta en uno de los medios de comunicación más importantes, para la persona mayor, siendo indispensable el sentir por medio de la piel, en momentos en que los otros sentidos sufren atrofas”<sup>126</sup>.

El adulto mayor necesita comunicarse y relacionarse con el entorno de forma verbal y no verbal, necesita tener sentimiento de pertenencia a un grupo, mantener contacto suficiente que le permita las relaciones sociales, tener una imagen de sí mismo que corresponda a la realidad y expresar sin temores sus dudas. El hogar es ese espacio natural donde el adulto mayor, puede encontrar amor, seguridad, compañía que solo puede ser brindado por los integrantes de la familia.

### **E.3. Creencia y prácticas religiosas: Oración, lectura de la biblia, estampitas y alatares de Santos**

La religión es un elemento fundamental que está inmersa en la cultura; de hecho, muchas sociedades se definen por la religión que practican. Hace algún tiempo, los conceptos de religiosidad y espiritualidad eran considerados similares. En la actualidad, está claramente definido que son dos conceptos diferentes y no intercambiables. La religión se define como un fenómeno social y cultural; lo espiritual es individual y personal. La religiosidad, por lo tanto, es un sistema de creencias y prácticas sagradas relativas a la naturaleza, causa y propósito del universo, compartidas por una colectividad. Habitualmente, implica prácticas devotas y rituales; con frecuencia, un código moral para la conducta de los asuntos humanos. De igual manera, provee un campo para la explicación, un sistema de creencias religiosas que ofrece la racionalidad de por qué existe el dolor y el sufrimiento<sup>120</sup>.

La religiosidad es un fenómeno complejo y multidimensional difícil de precisar de forma adecuada que incluye la práctica de oraciones, asistir a ceremonias, construir relaciones sociales con las personas de la iglesia y usar las enseñanzas religiosas para afrontar más efectivamente los eventos estresantes de la vida. Algunos autores señalan dos formas de religiosidad: la intrínseca, que incluye un compromiso de vida y una relación personal con Dios, como las actitudes o creencias, la fe, la oración diaria y la lectura personal de los libros sagrados, y la religiosidad extrínseca, que incluye las actividades religiosas de grupo y los rituales<sup>120</sup>.

La mayoría de los familiares cuidadores que participaron en este estudio pertenecen a la religión católica 12/15 y 3/15 profesaban la religión evangélica. En estos dos grupos religiosos se evidencia la manera en que la religión se constituye en unos de los factores que influye en el cuidado que realizan diariamente al adulto mayor dependiente así lo describen sus discursos:

*“...Yo pongo ante Dios todo, primeramente, es él, todas las mañanas yo oro a mi cristo, mi hermano es muy devoto del cristo de Bagazan, es un cristo de nuestra tierra Rioja y la virgen María también, nosotros creemos en la religión, y ella es la madre de nuestro señor Jesucristo, también del Señor de los Milagros, el Señor Cautivo de Ayabaca a todos les pido que me den fuerza para seguir viéndolo...” (FC1)*

*“...Mire la verdad yo dejo todo en manos Dios, lo que hago todos los días al levantarme y al acostarme es agradecerle a Dios porque mi mamá todavía tiene vida y está conmigo; el padre de la iglesia dice que hay que atenderla como si fuera el último día (FC2)*

*“...Nosotros tenemos mucha fe en Dios y sabemos que sin él no somos nada y con su ayuda podemos lograr muchas cosas, estamos con ella leyéndole la biblia, cantándole alabanzas al señor, le decimos mamita vamos a cantar, vamos a darle gracias a Dios...” (FC4)*

*“...Bueno solamente le pido a Dios que lo cuide, él es único que nos cuida y cuida de él, oramos a la hora de los alimentos las 3 veces al día, solo le pido a Dios que cuando algo me duele me de fuerzas y salud para poder cuidar a mi papa, así lo hacía con mi mama y ahora lo hago con él...” (FC6)*

*“...A mí me ha gustado participar en los grupos de la iglesia cuando aún estaba sana, y hasta ahora lo hago vienen aquí los lunes hacer la oración, yo señorita cuando caí mal, me puse rebelde con Diosito, “...Mi creencia y mi fe es en Dios yo todos los días señorita, desde que amanezco y duermo solamente le pido y confío en él...” (FC10)*

Los familiares cuidadores creen en un ser supremo que les da fuerza, fortaleza y esperanza. Por tradición y herencia cultural, se han refugiado en la religión algunos católica y otros evangélica. En el caso de los católicos tienen fe en Dios, pero también se encomiendan a la Virgen, Santo Cristo de Bagazan, Señor cautivo y otros santos para soportar y enfrentar la vida de constante lucha. La fe en un Dios que todo lo puede se constituye en elemento fundamental de la fortaleza y el estado de ánimo de los familiares cuidadores. Por otro lado, el valor de la resignación dentro de las creencias de la religión ejerce una poderosa influencia que permite aceptar hasta los más duros momentos. Dada la situación de discapacidad de los adultos mayores y la imposibilidad de salir de sus casas por sus propios medios, los familiares cuidadores mantienen sus creencias religiosas como la fe y la resignación; utilizan la oración personal, la lectura de la biblia, realizan misas, se reúnen en sus hogares con grupos religiosos para orar como una forma de encontrar consuelo y seguridad.

La fe es una relación con una divinidad, un poder superior, una autoridad o un espíritu que incorpora una fe de pensar (creencia) y una fe de confiar en (acción). La fe de pensar proporciona confianza en algo para lo que no hay pruebas. Es una aceptación de lo que no puede explicar el razonamiento. La fe implica a veces una creencia en un poder superior, un guía espiritual que es Dios. Muchas veces los familiares y la persona enferma tienen una actitud positiva ante la vida y continúan realizando sus actividades diarias en lugar de resignarse a los síntomas de la enfermedad<sup>62</sup>.

Encontramos en un estudio de investigación donde concluye que la religión ejerce en las personas mayores una influencia en sentido positivo, porque provee fortaleza y valor y porque proporciona elementos para que ellos luchen y enfrenten su situación. Así mismo en las personas mayores predominan las prácticas religiosas intrínsecas, como realizar oraciones personales y hacer lecturas de libros sagrados.

La forma en que las personas se vinculan con lo sagrado; la manera en que mantienen activas sus creencias; los rituales por los que sus devociones y vivencias religiosas se conservan, se alimentan y se significan, son todas dimensiones de las prácticas religiosas. La práctica religiosa, en síntesis, es un aspecto polisémico que ayuda a comprender cómo las personas viven y expresan su fe<sup>128</sup>.

En el hogar los familiares cuidadores adecuan espacios para colocar pequeños altares con imágenes de sus santos más representativos y de quienes son devotos y a quienes se encomiendan y piden por el bienestar del adulto mayor dependiente:

*“...En una parte de la sala se observa un pequeño altar donde se encuentra la imagen del señor de los milagros de quien nos comenta es muy milagroso y está decorado con flores, velas, estampitas de la virgen de Guadalupe y muy cerca del altar retratos familiares; por otro lado, en la habitación se observa un altar con la imagen del santo cristo de bagazan y estampitas de la virgen María...” (Diario de campo FC1)*

*“...Se observa en la habitación de la adulta mayor un altar con imágenes de la Rosa Mística, el señor de Luren, el señor de la Misericordia, la Virgen de Guadalupe, la Virgen de la Medalla Milagros y San Martín de Porras. Ella menciona que son sus compañeros y a quienes les pide cada día por su salud...” (diario de campo FC9)*

*“...En la sala tiene un pequeño altar con la imagen de la virgen, el familiar cuidador nos comenta que todos los días le enciende una vela y ora pidiendo por la salud de su suegra...” (Diario de campo FC15)*

En los hogares de los familiares cuidadores se observa la presencia de pequeños altares religiosos, hay un lugar de la casa destinado exclusivamente para ello, puede estar en la sala o en la habitación del adulto mayor dependiente. Por comentarios de los familiares cuidadores, mantiene esta práctica religiosa como un modo de acompañamiento, agradecimiento, por tradición familiar, fe, devoción. Se trata de un culto privado, donde los familiares cuidadores de manera individual pueden expresar su sentir ante las diversas situaciones que se les puede presentar en la vida y donde encuentran la fuerza, fortaleza para seguir adelante cumpliendo como cuidadores.

Los altares religiosos son representaciones de fe y práctica religiosa que los familiares ponen en práctica en sus hogares. En cada hogar puede existir la devoción por al algún Santo ya sea por costumbre familiar, al algún milagro concedido, regalo de alguna persona especial, etc. La persona cualquiera sea el motivo, pero significativo, en base a ello en el hogar acondicionan este espacio sagrado de respeto y devoción ante un ser supremo a quien se encomiendan para pedirle por la vida, salud y protección a sus seres queridos, a la vez en este



espacio sagrado encuentran la fuerza, fortaleza y paciencia para hacer frente cualquier situación que se presente en la vida diaria.

## V. CONSIDERACIONES FINALES

En la presente investigación los familiares cuidadores brindan una dieta equilibrada, alimentos de consistencia suaves, blandas o licuadas, en otros casos se requiere de una preparación bajos en sal, azúcar, condimentos o también evitar el consumo de algunos alimentos para prevenir complicaciones, hay una prevalencia de lo cultural al momento de la preparación de los alimentos y en ciertos casos hay incumplimiento de la dieta por la permanencia de los “gustitos alimenticios”.

Los adultos mayores dependientes llevan años haciendo frente a enfermedades crónicas, motivo por el cual el familiar cuidador con el transcurso del tiempo ha incorporado conocimientos proporcionados por el personal de salud durante las visitas domiciliarias, consultas médicas y por su propia iniciativa de buscar e indagar información para mejorar el cuidado en el hogar.

Los adultos mayores son personas ya vividas por lo tanto sus costumbres y estilo de vida está bien arraigadas, en cuanto a la comida mantienen preferencias por ciertos alimentos. Los familiares cuidadores conocedores de estas preferencias los complacen preparándoles comidas que son del agrado del adulto mayor.

Los familiares cuidadores cuando el adulto mayor, debido al problema en su salud que ocasionan inapetencia, o por problemas en la masticación y deglución que origina un déficit de nutrientes en el organismo y la necesidad de alimentación se ve alterada, y para completar la ingesta de nutrientes en caso de recibir dietas blandas o licuadas; suman a su dieta normal los suplementos nutricionales ya sea con indicación médica o sin ella. Asimismo, se encontró adultos mayores que se rehúsan a dejar costumbres alimentarias inadecuadas a pesar de llevar años con la enfermedad y los familiares cuidadores en su afán de complacer a sus adultos mayores, por el tema de edad, cariño, pena, manipulación “berrinches”; muchas veces acceden a brindarles ciertos alimentos que son prohibidos debido a su enfermedad, lo hacen bajos los conceptos “solo de vez en cuando” o “solo le doy en pequeña cantidad”.

El aseo personal es una de las actividades rutinarias que realiza el familiar cuidador al adulto mayor dependiente con el objetivo de mantener su imagen, su bienestar, brindar comodidad-confort y mantener la integridad de la piel. Esta actividad se realiza generalmente

en las primeras horas de la mañana, no es una actividad fácil de realizar en personas dependiente, requiere de tiempo, habilidad, destreza, fuerza y muchas veces de apoyo de un tercero para evitar caídas y sobre todo evitar el agotamiento físico del cuidador.

En los adultos mayores dependientes en cambio de pañal es una de las medidas de higiene que es considerado como parte del cuidado integral de la piel, los adultos mayores por los cambios físicos y patologías tienen a padecer de incontinencia urinaria y/o fecal, lo que significa que no pueden contener sus esfínteres, es por ello que los familiares hacen uso de pañales descartables los que son cambiados cada vez que el adulto mayor amerita.

Los familiares cuidadores como parte del cuidado diario de la piel y prevención de UPP en el adulto mayor dependiente después del baño o en cualquier momento del día le aplican cremas corporales hidratante, las cuales favorecen en el cuidado de la piel, sumado a ello realizan masajes suaves en determinadas zonas del cuerpo y que tienen como objetivo relajar, descontracturar y mejorar la circulación de la sangre.

Los aditamentos artesanales son los diferentes objetos de apoyo elaborados en el hogar por el familiar cuidador o algún miembro de la familia. En el hogar existen materiales que quizá ya no usemos y que pueden ser transformados, la creatividad está presente al momento de brindar los cuidados, los familiares cuidadores con la finalidad de brindar comodidad, confort, bienestar, ayuda, movilizar y evitar complicaciones debido a la postración del adulto mayor, elaboran manualmente aditamentos (almohadas pequeñas, soleras de tela, cojines de espuma, pieles de animales, etc.) que son de gran utilidad para el fin que fueron elaboradas.

Los familiares con mejores posibilidades económicos con la finalidad de mejorar, facilitar el cuidado en el hogar y sobre todo evitar complicaciones adquieren equipos médicos sofisticados. Para lograr este propósito todos los integrantes de la familia aportan económicamente, los adultos mayores también perciben una pensión como parte de su jubilación. Con el aporte de los familiares y la pensión del adulto mayor adquieren aditamentos especiales de apoyo como camas clínicas y colchones antiescaras con la finalidad mejorar el cuidado del adulto mayor dependiente en el hogar.

En algunos hogares aún se mantienen y ponen en práctica conocimientos ancestrales que han sido transmitidos de generación en generación es así que encontramos familiares

cuidadores que preservan creencias y costumbres que fueron aprendidas, para curar heridas haciendo uso de remedios caseros y plantas medicinales, alternando la curación con medicina convencional. Usan plantas medicinales inocuas como el boldo, manzanilla, anís, cedrón, hierba luisa, cola de caballo, cebada, linaza, tilo etc. por la complejidad de las patologías del adulto mayor dependiente, tienen mucha precaución al momento de brindar las plantas medicinales.

En el hogar los familiares cuidadores tratan de distraer a los adultos mayores dependientes y fomentar los lazos familiares, por ello programan visitas o reuniones con los demás integrantes de la familia, y se reúnen en fechas festivas como: cumpleaños, día de la madre, día del padre y navidad. Además, les hacen escuchar música y programas televisivos que son del agrado del adulto mayor. En algunos casos realizan paseos familiares, lectura de periódico, hablar por celular con familiares que no se encuentran en la ciudad.

Los familiares cuidadores básicamente brindan amor y cariño a sus seres queridos, aunque la responsabilidad del cuidado diario sea agotadora. Se aferran a un ser supremo, a la ayuda divina para encontrar en ello la fuerza y fortaleza que necesitan cada día poniendo ante todo su fe en la religión que profesan y sobre todo en Dios. En sus hogares y sobre todo habitaciones del adulto mayor dependiente se observó pequeños altares religiosos con imágenes de sus Santos de los que son devotos, reciben la visita de integrantes de la iglesia (sacerdotes, monjas, pastores, grupos de oración), con quienes realizan la oración, canticos y lectura de la biblia.

## **VI. RECOMENDACIONES**

### **A. A LAS INSTITUCIONES DE SALUD**

Que PADOMI, lo integre un equipo multidisciplinario: Médico, enfermera, asistente social, nutricionista, terapeuta físico, psicólogo, odontólogo, etc; asimismo se incluya médicos especialistas y sacerdotes cuando sea necesario. Además, que adicionalmente estén capacitados en temas de interculturalidad, medicina tradicional, trato humanizado, cuidados paliativos.

Implementar capacitación permanente y entrenamiento al familiar cuidador, y buscar estrategias para que toda la familia apoye, y se pueda evitar el desgaste y cuidar al familiar cuidador.

Realizar acciones de promoción de prácticas saludables; teniendo en cuenta y respetando las creencias, costumbres y estilos de vida de las familias en sus hogares.

Las guías de atención del cuidador en el domicilio deben ser actualizadas sin dejar de lado los aspectos culturales del adulto mayor y su familiar cuidador, de esta manera mejorar la atención de los cuidados domiciliarios.

Facilitar la adquisición de equipos tecnológicos médicos como cama antiescaras, sillas de ruedas, glucómetros, balón de oxígeno, entre otros, que mejoren la calidad de vida de los adultos mayores dependientes.

Implementar una estrategia tecnológica que mantenga la comunicación entre el familiar cuidador y el equipo de salud, de tal manera que se resuelvan dudas y evite complicaciones.

### **B. A LAS INSTITUCIONES FORMADORAS**

Considerar en las diferentes asignaturas temas y prácticas en relación a los cuidados domiciliarios, la continuidad del cuidado, interculturalidad, medicina tradicional, alternativa y complementaria, nutrición y fisioterapia.

Se debe incentivar a los estudiantes de enfermería a realizar trabajos de investigación etnográfico, y de esta manera develar aportes referentes al sentido cultural y la manera cómo influyen en el comportamiento de cada individuo.

Realizar estudios sobre las interacciones de medicamentos y el uso de la medicina tradicional.

### C. A LOS PROFESIONALES ENFERMEROS

El personal de salud durante las visitas domiciliarias debe brindar educación y consejería acerca de la importancia de brindar una dieta balanceada y según la patología que presenta el adulto mayor dependiente para de esta manera evitar complicaciones graves o se incluya un menú donde se incorpore sus preferencias alimentarias tradicionales de los adultos mayores dependientes.

Durante las visitas domiciliarias el personal de enfermería debe ir descubriendo las formas de cuidado en hogar, las cuales están brindadas en base a sus creencias, costumbres y estilos de vida, para así conseguir una atención de enfermería efectiva, satisfactoria y cultura coherente.

Mediante estas investigaciones motivar a que el profesional de salud logre el empoderamiento en las competencias culturales con la finalidad de brindar cuidados culturalmente congruentes.

Investigar y publicar resultados de estudios etnográficos con la finalidad de conocer los cuidados culturales brindados en el hogar en base a sus propias las costumbres, creencias y estilos de vida.

### D. A LOS FAMILIARES CUIDADORES DE LOS ADULTOS MAYORES

Frente a cualquier duda, acudir al centro de salud, o mantener contacto con la enfermera y médico de PADOMI, sobre todo cuando se piensa usar medicina tradicional u remedios caseros, para evitar complicaciones.

Buscar momentos de distracción tanto para el adulto mayor dependiente como para el familiar cuidador, incorporando el apoyo de los otros miembros de la familia.

Mantener el fomento de la fe mediante las creencias religiosas del adulto mayor dependiente.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Diez datos sobre el envejecimiento y la salud. Mayo 2017. [Consultado el 26 de Oct 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
2. Guzmán J, Sosa Z. Los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe, datos e indicadores. Boletín informativo Santiago de Chile. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Marzo de 2002. [Consultado el 24 de Oct 2017]. Disponible en: [https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin\\_envejecimiento.PDF](https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin_envejecimiento.PDF)
3. Sánchez A, Hidalgo N, Benavides H, Gutiérrez C, Richard R. Situación de la Población Adulto Mayor. Informe técnico N° 03 setiembre del 2017. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Consultado el 26 de Oct 2017]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03\\_adulto-abr-may-jun2017.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03_adulto-abr-may-jun2017.pdf)
4. Gonzales R, Candentey J, Hernández D, Rosales G, Jeres C. Comportamiento de fragilidad en adultos mayores [Internet]. Rev. Arch Med Camagüey Vol21 (4). Julio-Agosto 2017. [Consultado 06 Nov 2017]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v21n4/amc080417.pdf>
5. Organización Mundial de Salud (OMS). En: Cardena A, Botia Y. Redes de apoyo influencia positiva en el estado de salud de los Adultos Mayores. Carta Comunitaria [Internet]. Mayo-Junio 2016. [Consultado el 16 de Nov 2017]. Disponible en: <http://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/182>
6. Ramos F. Salud y calidad de vida en las personas mayores. Revista pedagógica N° 16 Pag 83-104. [Internet]. [Consultado 6 de Nov 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>.
7. Nieto J. Aproximación cualitativa a la experiencia vivida por cuidadores en el domicilio de personas adultas mayores con discapacidad en CD Victoria Tamaulipas México. [Tesis de doctorado en internet]. México: Universidad de Alicante; 2016. [Consultado el 24 de oct 2016]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/69487#vpreview>
8. Arica V, Diaz R. El cuidado de enfermería al adulto mayor hospitalizado: complementariedad, calor humano e interculturalidad. Acc Cietna: Para el Cuidado de la Salud. 2016. N°2 pp (40-52). Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. [Consultado el 16 de Nov 2017]. Disponible en: <http://publicaciones.usat.edu.pe/index.php/AccCietna2014/article/view/373/372>



9. Puchi C, Jara P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los adultos mayores en la era de la globalización. Rev. Enferm. Univ. Oct/Dic 2015. [Consultado el 07 de Nov 2017]. Vol 12 N° 4. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S166570632015000400219&script=sci\\_arttext&tln\\_g=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S166570632015000400219&script=sci_arttext&tln_g=pt)

10. Briñez K, Muñoz L. Experiencias de cuidado cultural en personas con diabetes y el contexto familiar, con enfoque Leininger. Cultura de los Cuidados [Internet] 2016,20(45). [Consultado el 24 de Nov 2017]. Disponible en:

[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57354/1/CultCuid\\_45\\_09.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57354/1/CultCuid_45_09.pdf)

11. Llanes C. La transculturación en el cuidado de enfermería gerontológica comunitaria. Revista Cubana de Enfermería [Internet]; 2012, 28(3): 195-208. [Consultado el 23 de Oct 2017]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192012000300004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000300004)

12. Flores G Elizabeth, Rivas R Edith, Seguel P Fredy. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc.enferm. [Internet]. 2012 [consultado el 07 de Nov 2017]; 18(1): 29-41. Disponible en:

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>

13. Leininger M. Teoría de la diversidad y universalidad. En: Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 8a ed. Barcelona: Elsevier; 2015. 728 p.

14. López L, Castellanos F, Muñoz E. Cuidado popular de familias con un adulto mayor sobreviviente del primer accidente cerebrovascular. Junio 2016 [Consultado 15 de Nov del 2017]; 16(2):169-178. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74146013005>

15. Galvis L, Diaz J, Velásquez V. Adherencia terapéutica: una experiencia de cuidado cultural a personas mayores con enfermedades crónicas. [internet] 2016. [Consultado 10 de Nov del 2017]. Pag 133-142. Disponible en:

<http://www.umariana.edu.co/ojseditorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/1007>

16. Troncoso D. Cuidado informal a mayores dependientes en Chile: Quienes cuidan y con qué políticas sociales cuentan. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal [Internet]. 2015. [Consultado 22 de Oct 2017]. pp. 83-101. Disponible en:

<http://revistas.usal.es/index.php/1130-2887/article/view/alh20157183101/14179>

17. Méndez E. Importancia del cuidador familiar en el tratamiento del paciente con enfermedades crónicas del programa de PADOMI del Hospital I La Esperanza ESSALUD-

2015. [Tesis de Licenciatura Internet]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, 2015 [Consultado el 28 de Nov 2017]. 105 p. Disponible en:

<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/7875>

18. Medina M, Ramos M. Terapias alternativas de las familias en el tratamiento de enfermedades crónicas en los adultos mayores del Distritos de Pátapo. [Tesis de Licenciatura Internet]. Chiclayo: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo; 2013 [Consultado el 02 de Dic 2017] 80 p. Disponible en:

<http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/408>

19. García L. Perspectiva antropológica y abordaje transcultural de los cuidados al final de la vida. [Tesis de licenciatura en internet]. España: Universidad de alicante; 2016. [consultado el 24 de octubre 2017] 34 p. Disponible en:

<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/67214>

20. Hidalgo V. Cultura, multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad: evolución de un término. [Internet]. 2005. [consultado el 30 de Oct 2017]. Disponible en:

<http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/juny05/article04.pdf>

21. León M, Loja M, Montero M. Costumbres y tradiciones ancestrales sobre salud narradas por adultos mayores de la comunidad Quilloac-Cañar. [Tesis de Licenciatura Internet]. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014. [ Consultado el 15 de Nov 2017]. 81 p. Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20574/1/Tesis%20Pregrado.pdf>

22. Ramos CP. Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el resguardo de Zenú ubicado en la sabana de Córdoba. Rivera R. [Tesis de Maestría Internet]. Bogotá-Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2011. [Consultado el 22 de Nov 2017]. 79 p Disponible en:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/5416/1/539507.2011.pdf>

23. Manual del cuidador en el domicilio: Guías de orientación para la atención de los adultos mayores y pacientes dependientes en el domicilio [Internet]. Lima 2014. [consultado el 24 de Nov 2017]. Disponible en:

[http://www.essalud.gob.pe/cruzada-por-la-humanizacion/pdf/manual\\_del\\_cuidador\\_en\\_el\\_domicilio.pdf](http://www.essalud.gob.pe/cruzada-por-la-humanizacion/pdf/manual_del_cuidador_en_el_domicilio.pdf)

24. López J. Calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. [Tesis de licenciatura Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2013 [Consultado 6 de Nov 2017]. 83 p Disponible en:

[http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/312/1/Lopez\\_jj.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/312/1/Lopez_jj.pdf)

25. Bustamante Edquén S. Enfermería familiar: principios de cuidado a partir del saber (in) común de los familiares. Departamento de Salud Familiar y Comunitaria. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo-Perú; 200. 138p.
26. Burns N, Grove S. Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en evidencias. España: Elsevier; 2015. 74-75p.
27. Lima K, Alameda A, Santos C, García C, Ribeiro P, Mendes M. Hablando de la observación participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad. Index Enfermería [Internet]. 2014 [Consultado 29 de Nov 2017]; 23(1-2):75-79 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n1-2/metodologia1.pdf>
28. San Vicente J. Guía básica para el conocimiento de la investigación etnográfica. Publicado el 15 de julio del 2011. [Consultado el 20 de NOV 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/JavierSanVicente/gua-bsica-paar-el-conocimiento-de-la-investigacin-etnografica>
29. Restrepo E. Etnografía: alcances, técnicas y éticas. Envisión editores; 2016. 39-61p. [Consultado el 20 de Nov 2017]. Disponible en: <http://www.ram-wan.net/restrepo/documentos/libro-etnografia.pdf>
30. Garrido N. El método de James Spradley en la investigación cualitativa. cuidados humanizados enfermería [Internet]. Octubre 2017 [consultado 02 de Dic 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6195700>
31. Spradley James. Participant Observación. New York: Holt, Rinehart & Winston. [Consultado 30 de Nov 2017]. Disponible en: <https://coursounneherasfadycc.files.wordpress.com/2011/10/traduccic3b3n-spradley5.pdf>
32. Sgreccia E. Manual de bioética I fundamentos y ética biomédica. Madrid Biblioteca de Autores Cristianos; 2009-2014. 968p.
33. Lincon Y, Guba E. Criterios de rigor metodológico en Investigación Cualitativa. En: Varela M, Vives T. Autenticidad y calidad en la investigación educativa cualitativa: multivocalidad. Inv Ed Med [Internet] 02 de julio 2016. [consultado el 30 de Nov 2017; 5(19) 191-198P. Disponible en: [https://ac.els-cdn.com/S2007505716300072/1-s2.0-S2007505716300072-main.pdf?\\_tid=9cc09a8c-2b30-4b30-9d85-61842ba8ed6f&acdnat=1521820285\\_566a1e2589a99cbd1280a3f25fec6b09](https://ac.els-cdn.com/S2007505716300072/1-s2.0-S2007505716300072-main.pdf?_tid=9cc09a8c-2b30-4b30-9d85-61842ba8ed6f&acdnat=1521820285_566a1e2589a99cbd1280a3f25fec6b09)
34. Silvestri C. Hábitos alimentarios en relación al consumo de alimentos protectores de salud en adultos mayores de 70 años [ tesis de licenciatura en internet]. Argentina: Universidad Abierta Interamericana; 2011 [consultada 06 jun 2018]. 69 p. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111529.pdf>

35. Arias KA. Diagnóstico de la situación nutricional del adulto mayor en relación a la fisiopatología digestiva propia de su edad en la fundación Mariana de Jesús. [tesis de licenciatura en internet]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador;2013. [consultado 12 sep 2018]. 98 p. Disponible en:  
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7532/8.29.001764.pdf?sequence=4>.
36. Contreras J. Alimentación y cultura: necesidades, gustos y costumbres. México: Alfaomega Grupo Editor; 2002. p. 9-23.
37. Aranceta J. Preferencias y hábitos alimentarios. En: Nutrición comunitaria. 2 ed. Barcelona: Masson; 2001. p. 215-26.
38. Favila H, López M, Quintero B. La gastronomía tradicional del norte del Estado de México. El caso de Acambay. Cuadernos Interculturales [Internet]. 2014 [consultado 28 nov 2018]; vol. 1, núm. 22, pp. 13-34. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55232244002>
39. Ministerio de Cultura y Patrimonio. Patrimonio Alimentario. Quito [Internet].2013 [consultado 28 nov 2018]. Disponible en:  
<https://www.culturaypatrimonio.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2013/11/1-Patrimonio-Alimentario-LUNES21.pdf>
40. Ministerio de Salud. Guía alimentaria para el adulto mayor: documento técnico [internet]. La Paz- Bolivia: Unidad de Alimentación y Nutrición; 2014 [consultado 10 oct 2018]. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gob.bo/.../p346\\_g\\_dgps\\_uan\\_GUIA\\_ALIMENTARIA\\_PARA\\_...](https://www.minsalud.gob.bo/.../p346_g_dgps_uan_GUIA_ALIMENTARIA_PARA_...)
41. Puente JN. Nivel de conocimiento y actitud hacía la alimentación saludable en los adultos mayores usuarios del centro de salud Carlos Showing Ferrari 2015. [tesis de licenciatura]. Huánuco-Perú: Universidad de Huánuco;2017 [consultado el 07 sep 2018]. 149 p
42. Salas J. Nutrición y dietética. Madrid: Elsevier; 2008. 677p.
43. Girolami D, Gonzales Carlos. Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto. Buenos Aires; Argentina: El Ateneo; 2008
44. Barrón V, Rodríguez A, Chavarría P. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. Revista Chilena de Nutrición [internet]. Mar 2016 [consultado 01 oct 2018]; Vol. 44, N°1. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182017000100008>

45. Cervera P, Clapes J, Rigolfas R. Alimentación y Dietoterapia. Nutrición aplicada en la Salud y la Enfermedad. España: Mc Graw Hill – Interamericana; 2010.
46. Leyva D, Pérez A. Pérdida de las raíces culinarias por la transformación en la cultura alimentaria. Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas [internet]. May-jun 2015. [consultado 28 nov 2018]; Vol.6 Num 4: 867-881. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=263138102016> ISSN 2007-0934
47. Franco FA, Arboleda LM. Aspectos socioculturales y técnico-nutricionales en la alimentación de un grupo de adultos mayores del centro gerontológico Colonia de Belencito de Medellín-Colombia. Perspectiva Nutricional Humana [internet]. Ene-jun 2010. [consultado 14 set 2018]; Vol 12 Num 01:61-74. Disponible en: <http://revinut.udea.edu.co/>
48. Galindo C, Cardelús R, Heredia M, Concepción R, Muñoz JA. Técnicas básicas de enfermería. Madrid: Macmillan Iberia; 2011. 292p.
49. Álvarez J. Problema éticos en el uso de suplementos nutricionales. [tesis de licenciatura]. España: Universidad de Alicante; 2015. [consultado 07 oct 2018]. 74 p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/48769>
50. INVIMA. Suplementos dietarios - ABC de la publicidad. Obtenido de Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos [interenet]; 2010 [consultado 07 oct 2018]. Disponible en:  
[https://www.invima.gov.co/images/stories/ABCpublicidad/Cartilla\\_Suplementos\\_Dietarios.pdf](https://www.invima.gov.co/images/stories/ABCpublicidad/Cartilla_Suplementos_Dietarios.pdf)
51. Brow J. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. México: McGrawHill; 2011.
52. Bienestar al natural. Ensure [internet]. [consultado 25 nov 2018]. Disponible en: <https://bienesteralnatural.com/como-tomar-ensure/>
53. Abbott Laboratorios. Glucerna [internet]; Colombia:2016 [consultado 25 nov 2018]. Disponible en: <https://glucerna.com.co/productos/glucerna-en-polvo>
54. Zanin T. Tua Saúde: dieta y nutrición [internet]; Nov 2018 [consultado 25 nov 2018]. Disponible en: <https://www.tuasaude.com/es/vitamina-d-para-que-sirve/>
55. Sacanamboy Y. Consumo de Suplementos Dietarios en la Comunidad Académica del CEAD Pitalito. [ tesis licenciatura en internet]. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD; 2016. [consultado 28 nov 2018]. 35 p disponible en: <http://hdl.handle.net/10596/13669>
56. López L, Suarez M. Fundamentos de Nutrición Normal. Buenos Aires: El Ateneo; 2002.
57. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2013 [Internet] [Consultado 18 sep 2018] Disponible en:

[http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)

58. Rojas MV. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. Avances en enfermería [internet]. Mayo 2007. [consultado 23 oct 2018]; 25: 33-45. Disponible en:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35899/36914>

59. Eterovic C, Mendoza S, Sáes K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. Enfermería Global [internet]. Abril 2015 [consultado 23 oct 2018]; vol.14 no.38. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000200013&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200013&lng=es).

60. González DS. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica por diabetes Mellitus. Avances en enfermería [internet]. Octubre 2014 [consultado 23 oct 2018]; 24 (2):28- 37. Disponible en:

<http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/art...>

61. Nkongho N. The caring ability inventory. En: Strickland OL, Dilorio C. Waltz CF, Measurement of nursing outcomes: Measuring cliente self – care and doping skills. Volumen 4. New York .1990:3-16.

62. Moreno B. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre higiene personal en adultos mayores. santo domingo de ugshapamba, colta, enero a junio 2016 [tesis de especialidad]. Riobamba-Ecuador: Escuela Superior Politécnica De Chimborazo; 2016. [consultado 23 oct 2018]. 89 p. Disponible en:

<http://dspace.espoch.edu.ec/handle/123456789/5984>

63. Potter-Perry. Fundamentos de Enfermería. España: Elsevier; 2015

64. Martin B. Vix: recetas caseras del limón para combatir la caspa [internet]; 2018. [consultado 20 nov 2018]. Disponible en: <https://www.vix.com/es/imj/salud/4265/recetas-caseras-de-limon-para-combatir-la-caspa>

65. La planta medicinal. Manzanilla propiedades y beneficios [ internet]; octubre 2015 [consultado 20 nov 2018]. Disponible en: [laplantamedicinal.com/manzanilla-propiedades-y-beneficios-de-la-manzanilla/](http://laplantamedicinal.com/manzanilla-propiedades-y-beneficios-de-la-manzanilla/)

66. Ávila JH, García JM, Gaitán J. Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. Revista Colombiana de Psicología [internet]. Mayo 2015 [consultado 25 oct 2018]; 19:71-84. Disponible en:

<http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/963>

67. Gil P, García A, López J. Manual de buena práctica en cuidados a personas mayores [Internet]. Madrid: International Marketing Communication;2013 [consultado 28 nov 2018]. Disponible en:  
[genil.dipgra.es/.../Manual-de-buena-practica-en-cuidados-a-las-personas-mayores.pdf](http://genil.dipgra.es/.../Manual-de-buena-practica-en-cuidados-a-las-personas-mayores.pdf)
68. Silva O, Sabroso J, Cáceres Y, Bermúdez T, García I, Suárez C, et al. Guía del Cuidado de enfermería en la prevención y tratamiento de Úlceras por Presión [internet]. Gobierno de Canarias: Complejo Hospitalario Universitario Insular – Materno Infantil; 2007. [consultado 02 oct 2018]. Disponible en:  
<http://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2014/12/cuidados-de>
69. García F. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. [tesis doctoral en Internet]. España: Universidad de Jaén; 2011 [citado 02 oct 2018]. 232 p. Disponible en:  
[http://www.sobest.org.br/arquivos/Escalas\\_RiesgoUPP\\_PacoPedro.pdf](http://www.sobest.org.br/arquivos/Escalas_RiesgoUPP_PacoPedro.pdf)
70. Rosell P. Manejo Básico de las Lesiones cutáneas crónicas basado en evidencia científica. Editorial Cums UNMSM. 2012.
71. Peralta C, Varela L, Gálvez M. Frecuencia de casos de úlceras por presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general. Revista Médica Herediana [internet]. Enero 2009.
72. Slachta P. Cuidado y atención de heridas. España: Wolters Kluwer; 2016
73. Diccionario de la Lengua Española. UniversoJus [internet]; 2018 [consultado 20 nov 2018]. Disponible en:  
[universojus.com/diccionario/definir\\_rae.php?consultar=aditamento](http://universojus.com/diccionario/definir_rae.php?consultar=aditamento).
74. Artesanal. Significados.com [internet]; 2018 [consultado 20 nov 2018]. Disponible en: <https://www.significados.com/artesanal/>
75. Guía de orientación para el cuidado de la salud del adulto mayor que vive en casa: Cuidando del adulto mayor en casa [internet]. [consultado 15 de nov 2018]. Disponible en:  
[www.fechac.org/pdf/prodia/guia\\_cuidando\\_al\\_adulto\\_mayor\\_en\\_casa.pdf](http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_cuidando_al_adulto_mayor_en_casa.pdf)
76. Mera L, Mendoza V, Luna A. Prevención de úlceras por presión en pacientes geriátricos. Revista Científica Multidisciplinaria [Internet]. Abril 2018 [consultado 03 oct 2018]; Vol. II, No. 1. Disponible en:
77. Guardado M, Gallardo I. Intervención en la atención higiénico-alimentaria en instituciones. Argentina: IC Editorial; 2011. 500p
78. Rodríguez M, Almozara R, García F, Malia R, Rivera J. Guía de prevención y tratamiento: Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión 2004 [internet]. Cádiz: Hospital



Universitario Puerta del Mar [consultado 03 oct 2018]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-con-ulceras-por-presion.pdf>

79. Gallardo E, Vásquez M. Cuidado enfermero en personas en estado crítico con úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del hospital II ESSALUD Cajamarca. 2016 – 2017 [tesis de especialidad]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017 [consultado 02 oct 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/2234>

80. Tracy A, Taylor. Fundamentos de enfermería. 2a ed. Barcelona: Wolters Kluwer 2016. 387 p.

81. López P. Prevención de las úlceras por presión ¿cuándo se atribuye a los cambios posturales? [tesis doctoral]. España: Universidad de Alicante; 2016 [consultado 02 oct 2018]. 118 p. Disponible en:

[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57510/1/tesis\\_lopez\\_casanova.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57510/1/tesis_lopez_casanova.pdf)

82. Iconyl. CareFirt: Betamethasone; Clotrimazole skin cream [internet]; 2018 [consultado 16 nov 2018]. Disponible en:

[carefirst.staywellsolutionsonline.com/RelatedItems/121,1067es](http://carefirst.staywellsolutionsonline.com/RelatedItems/121,1067es)

83. Apósitos DuoDERM®. Convatec [internet], 2018 [consultado 16 nov 2018]. Disponible en: <https://www.convatec.mx/herida-y.../apósitos-duoderm/aposito-duoderm-extra-thin/>

84. Garner W. Muy fitness: Limpieza de la herida con solución salina [internet]; 2017 [consultado 16 nov 2018]. Disponible en: <https://muyfitness.com> › Salud

85. Portil. Cremasycremas [internet]; 2018 [consultado 16 nov 2018]. Disponible en: <http://cremasycremas.com/portil-pomada-para-que-sirve/>

86. Mupirox. Lapharma.info [internet]; 2018 [consultado 16 nov 2018]. Disponible en: [lapharma.info/es/index\\_lekow/lek/antybiotyki-i.../mupirox/D06/4332.html](http://lapharma.info/es/index_lekow/lek/antybiotyki-i.../mupirox/D06/4332.html)

87. Matico. Medicamentos herbarios tradicionales [internet]; [consultado 16 nov 2018]. Disponible en:

<https://www.minsal.cl/portal/url/item/7d98ad06d34483d5e04001011f016dbb.pdf>

88. LLanten. Ecoagricultor: Llantén, propiedades, beneficios y usos medicinales [internet]; 2018 [consultado 16 nov 2018]. Disponible en: <https://www.ecoagricultor.com/plantas-medicinales-el-llanten/>

89. Sábila. Saludeo: Propiedades y beneficios medicinales de la Sábila o Aloe Vera [internet]; 2018 [consultado 16 nov 2018]. Disponible en: <https://www.saludeo.com> › Plantas Medicinales

90. Violeta de genciana. Rioquímica: Industria farmacéutica [internet]. [consultado 16 nov 2018]. Disponible en: [www.rioquimica.com.br/es/produto/violeta-de-genciana-solucion-al-1/](http://www.rioquimica.com.br/es/produto/violeta-de-genciana-solucion-al-1/)



91. Avello M, Cisternas I. Fitoterapia, sus orígenes, características y situación en Chile. *Revista Médica de Chile* [internet]. 2010 [consultado 03 oct 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010001100014>
92. Guzmán J, Rivera M. Conocimientos, actitudes y prácticas del uso de fitofármacos por usuarios del Instituto de Estudios Superiores de Medicina Oriental (IESMO), Managua, en el mes de noviembre del año 2013 [tesis de licenciatura]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2014 [consultada 15 nov 2018]. 57p. Disponible en: <repositorio.unan.edu.ni/569/1/24047.pdf>
93. Ebrad M, Rodríguez R. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente [internet]. México: Literatura y Alternativas en Servicios Editoriales SC. [consultado 20 sep 2018]. Disponible en: [https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual\\_cuidados-generales.pdf](https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf)
94. Organización Mundial de la Salud. Dispositivos médicos [internet]; 2018 [consultado 10 nov 2018]. Disponible en: [https://www.who.int/medical\\_devices/definitions/es/](https://www.who.int/medical_devices/definitions/es/)
95. Martínez GJ. Conservación, manejo y uso de plantas aromáticas y medicinales en huertos y espacios peridomésticos de las sierras de Córdoba Plantas aromáticas y medicinales. Modelos para su domesticación, producción y usos sustentables. Córdoba: 2015; 21 – 46 p.
100. Choque V, Quea JM. Prácticas medicinales tradicionales y su influencia en la salud de la población originarias aimaras migrantes a la ciudad de Juliaca 2015 [tesis de especialidad en internet]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2015 [consultado el 15 nov 2018]. 62p. disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2245>
101. modulo 4: Los medicamentos en niños y adultos mayores [internet]. [consultado 16 nov 2018]. Disponible en: [www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/Uploaded/PDF/69\\_al\\_92\\_07.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/Uploaded/PDF/69_al_92_07.pdf)
102. Salech F, Palma D, Garrido P. Epidemiología del uso de medicamentos en el adulto mayor. *Med. Clin. Condes* [Internet]. Agos 2016. [consultado el 23 jun 2018]; 27(5): 660670. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.09.011>
103. Cala Calviño L, Dunán Cruz LK, Marín Álvarez T, Vuelta Pérez L. Principales características de la prescripción de fármacos en ancianos del Policlínico “José Martí Pérez”. *MEDISAN* [Internet]. 2017. [consultado el 23 jun 2018]; 21 (12): 3306. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368454498004> ISSN

104. Salech F, Palma D, Garrido P. Epidemiología del uso de medicamentos en el adulto mayor. Rev. Med. Clin. Condes [internet]. 2016 [consultado 24 oct 2016]; 27(5) 660-670. Disponible en:

[www.elsevier.es](http://www.elsevier.es) › Inicio › Revista Médica Clínica Las Condes

105. Serra M, Germán J. Polifarmacia en el adulto mayor. Revista Habanera de Ciencias Médicas [internet]. 2013 [consultado el 24 oct 2018]; :12(1)142-151. Disponible en:

[scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2013000100016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016)

106. Ministerio de salud: Dirección general de medicamentos, insumos y drogas. Dispositivos médicos [internet]. Perú: Ministerio de Salud. [consultado 15 nov 2018]. Disponible en:

[www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?Seccion=760](http://www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?Seccion=760)

107. Centro para la innovación de la diabetes infantil Guía Diabetes tipo 1 [internet] Barcelona-España: Sant Joan de Déu. Hospital [consultado 15 nov 2018]. Disponible en:

<https://diabetes.sjdhospitalbarcelona.org/es/diabetes-tipo-1/debut/es-glucometro>

108. Pérez U, Gardey A. Definición de tensiómetro [internet] 2016. [consultado 16 nov 2018]. Disponible en: <https://definicion.de/tensiometro>

109. Periódico de salud. Termómetro: usos, funciones, tipos [internet] 2018. [consultado 16 nov 2018]. Disponible en: <https://periodicosalud.com/termometro-usos-funciones-tipos/>

110. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Medlineplus: Cómo usar un nebulizador [internet] 2018. [consultado 16 nov 2018]. Disponible en:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000006.htm>

111. Oxigen Salud SA. Manual de aspiración de secreciones [internet]. Febrero 2008. [consultado 16 nov 2018]. Disponible en:

[https://www.oxigenasalud.com/healthcare/.../manual\\_pac\\_aspiracion\\_secreciones\\_1.pdf](https://www.oxigenasalud.com/healthcare/.../manual_pac_aspiracion_secreciones_1.pdf)

112. Gallego M. Las plantas medicinales: usos y efectos en el estado de salud de la población rural de Babahoyo – Ecuador [tesis doctoral en internet]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [consultado el 10 nov 2018]. Disponible en:

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6415>

113. Cáceres M, Singer M. Manual de uso de hierbas medicinales del Paraguay [internet]; 2002. [consultado 18 nov 2018]. Disponible en:

[portal.unesco.org/en/.../c9010dd7f603adeb359ff68830c3c978hierbasmedicinales.pdf](http://portal.unesco.org/en/.../c9010dd7f603adeb359ff68830c3c978hierbasmedicinales.pdf)

114. Bell C. Productos naturales Pasuchaca. Ágora Rev. Cient [internet]. 2015 [consultado 18 nov 2018]; 02(01):139-141p. Disponible en:

[www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/download/27/27](http://www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/download/27/27)

115. Escalona L, Tase A, Estrada A, Almaguer M. Uso tradicional de plantas medicinales por el adulto mayor en la comunidad serrana de Corralillo Arriba. Guisa, Granma. Revista Cubana de Plantas Medicinales [internet]. 2015 [consultado 18 nov 2018]. 20(4)429-439p. disponible en:

[scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-47962015000400007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-47962015000400007)

116. Aguirre L, Pereyra P, Ivonne Silva O, Alarcón M. Consumo de plantas medicinales en usuarios del “Centro Integral del Adulto Mayor” de La Punta-Callao. Revista de Fitoterapia [internet]. Junio 2016 [consultado 18 noviembre 2018]. Disponible en:

<https://www.researchgate.net/publication/317230875>

117. Gai M. Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. Revista Cubana de Salud Pública [internet]. 2015 [consultado 22 oct2018]. 41 (1): 67-76.

Disponible en: [www.scielosp.org](http://www.scielosp.org)

118. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF. Ocio, recreación y tiempo libre [internet]. Bienestar y familia (Colombia);2014 [consultado 19 nov 2018]. Disponible en:

[www.icbf.gov.co/portal/page/portal/.../GuiasDeFamiliaModulo1/M1\\_Guia13.pdf](http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/.../GuiasDeFamiliaModulo1/M1_Guia13.pdf)

119. Los Santos S. La recreación en la tercera edad. Rev Dig Dep [internet]. 2002 [consultado 19 nov 2018] ;8(45). Disponible en:

<http://www.efdeportes.com/efd45/tedad.htm>

120. Castellanos F, López A. Prácticas religiosas en un grupo de personas mayores en situación de discapacidad y pobreza. Revistas Científicas Javeriana [internet]. Jul-dic 2012 [consultado 19 nov 2018]; vol. 14, núm. 2: 51-61. Disponible en:

[www.redalyc.org/pdf/1452/145226758004.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/1452/145226758004.pdf)

121. Cuenca Cabeza, M. Aproximación multidisciplinar a los estudios de ocio [internet]. Bilboa: Universidad de Deusto (España); 2006. [consultado 19 nov 2018]. Disponible en:

[www.deusto-publicaciones.es/ud/openaccess/ocio/pdfs\\_ocio/ocio31.pdf](http://www.deusto-publicaciones.es/ud/openaccess/ocio/pdfs_ocio/ocio31.pdf)

122. Ortiz-Negron L, Santory J, Burgos E. Ocio, tiempo libre y trabajo de un grupo de mujeres en Puerto Rico: hallazgos y reflexiones principales. Rev. Humanidades, Fortaleza [inetrnet]. Jul 2016 [consultado 18 nov 2018]. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6168778>

123. Pascucci M. El ocio como fuente de bienestar y su contribución a una mejor calidad de vida. Revista Calidad de Vida y Salud [internet]. 2012 [consultado 18 nov 2018]; Número 7, pp. 39-53. Disponible en:

[www.cienciared.com.ar/ra/usr/41/1319/calidaddevidauflo\\_pp39\\_53.pdf](http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/41/1319/calidaddevidauflo_pp39_53.pdf)

124. Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona-España: Ediciones Martínez Roca S.A; (1986)
125. González C, Fanjul C. Aplicaciones móviles para personas mayores: un estudio sobre su estrategia actual [internet]. Ene-Mar 2018 [consultado 18 nov 2018]; Volumen 47, número. 107-112. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6292839.pdf>
126. Jiménez Y, Núñez M, Coto. La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. Revista Electrónica de las Sedes Regionales de la Universidad de Costa Rica [internet]. 2013. [consultado 18 nov 2018]; vol. XIV, núm. 27. 168-181. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66627452009>
127. Jáuregui B, Poblete E, Salgado VN. El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México [internet]. México: Salgado VN, Wong R (Eds.). Instituto Nacional de Salud Pública. México; 2006 [consultado 18 nov 2018]. Disponible en:  
[seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/poblacion\\_urbana.pdf](seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/poblacion_urbana.pdf)
128. Suárez AL, López JM: Diversidad de creencias, devociones y prácticas religiosas en los asentamientos precarios De la ciudad de Buenos aires. Religião e Sociedade [internet]. 2016 [consultado 19 nov 2018]; 36(1): 103-127. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-85872016v36n1cap05>

## VIII. ANEXOS



### **ANEXO 01: Consentimiento Informado** **Consentimiento para participar en un estudio de investigación.** **- FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE-**

#### **Datos informativos**

**Institución:** Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

**Investigadores:** Yessenia Liliana Cisneros de los Ríos, Marilú Inga López

**Título:** Cuidado cultural en el hogar al adulto mayor dependiente – Distrito la Victoria, 2018

#### **Propósito del Estudio:**

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Cuidado cultural en el hogar al adulto mayor dependiente – Distrito la Victoria, 2018”. Estamos realizando este estudio con el objetivo de: Describir y comprender e interpretar el cuidado cultural en hogar al adulto mayor dependiente.

#### **Procedimientos:**

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, realizaremos alrededor de 04 visitas en su hogar, en un promedio de 05 horas cada una; con el fin de poder observar cómo usted cuida del adulto mayor dependiente. Estas visitas se realizarán entre los meses de abril, mayo y junio del 2018.
2. Aproximadamente en la tercera visita, se le hará una entrevista que contiene preguntas relacionadas con las creencias y costumbres para cuidar del adulto mayor dependiente, que será grabada en un grabador de voz. Durará aproximadamente 30 minutos y será en su domicilio.
3. Se le asignará un código (FC1, FC2, FC3.....) para proteger su nombre. Aproximadamente en la cuarta visita, y después de transcribir su entrevista, se le leerá y presentará la entrevista transcrita en documento impreso, para que verifique si está de acuerdo con los datos brindados, o agregar alguna información.

#### **Riesgos:**

No hay daños por participar en este estudio.

Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos que le causen en algún momento nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo. Sin embargo, estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo, y de ser necesario se suspenderá la entrevista.

#### **Beneficios:**

Usted se beneficiará al finalizar la entrevista a través de la satisfacción de que los resultados promoverán cambios a favor del cuidado de enfermería al adulto mayor y su familiar cuidador.

#### **Costos e incentivos:**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

#### **Confidencialidad:**

Nosotras guardaremos su información con un código para proteger su nombre. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la

identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Uso futuro de la información obtenida:**

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI ☐ NO ☐

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

**Derechos del participante:**

Si usted decide no participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, Yessenia Liliana Cisneros de los Ríos o llamar al tel. 979686130; Marilú Inga López o llamar al tel. 974042722 investigadores principales.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138.

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Participante.

Nombre:

DNI:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Investigador

Nombre: Yessenia Liliana Cisneros de los Ríos.

DNI:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Investigador.

Nombre: Marilú Inga López.

DNI: 41531976

\_\_\_\_\_  
Fecha:

## ANEXO 02: Guía de observación

### OBSERVACIÓN PARTICIPANTE EN EL HOGAR DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

-Diario de Campo-

#### I. Datos Informativos

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora de inicio: \_\_\_\_\_

Hora de término: \_\_\_\_\_

Escenario: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

Actores sociales o personas observadas: \_\_\_\_\_

#### II. Contenido

En la observación participante se tomarán en cuenta los siguientes ítems.

1. **Ambientes externos:** observación del entorno exterior donde viven los adultos mayores dependientes, los alrededores de los hogares.
2. **Ambientes internos:** observar el cuidado cultural que brindan los familiares cuidadores, dentro del lugar donde vive con el adulto mayor dependiente y los ambientes que influyen en el cuidado, la habitación.
3. **Los hechos observados:** descripciones del cuidado cultural de los familiares cuidadores para con el adulto mayor dependiente, actividades, secuencia y duración de los acontecimientos, relacionados con la alimentación, monitorización, higiene, vestimenta, etc.
4. **Lo que dicen:** los discursos, palabras propias de su cultura, si hay cumplimiento de controles de enfermería, controles médicos y la frecuencia con la que se realizan estos controles, muestras de afecto.
5. **Lo que hacen:** las conductas, actitudes y comportamientos, los gestos, las posturas relacionadas con las costumbres/creencias y prácticas para cuidar, controlar y prevenir complicaciones en el adulto mayor dependiente. Adaptación de objetos para mejorar el cuidado.
6. **Creencias, símbolos y rituales:** cuidados referentes a sus creencias, objetos, uso de símbolos religiosos, alimentos, formas de brindar cuidados a los adultos mayores dependientes para su salud/enfermedad.
7. **Las relaciones entre los miembros de la familia:** cómo participan en el cuidado del adulto mayor dependientes, muestras de cariño, apoyo en la satisfacción de necesidades básicas.
8. **Los hechos que producen en el investigador:** experiencias vividas: sentimientos, dudas, temores, reflexiones etc.
9. **Los comentarios del observador:** comentarios sobre las actitudes y comportamientos del familiar cuidador en cuanto al cuidado cultural en el hogar al adulto mayor dependiente.

### ANEXO 03: Guía de entrevista

#### GUÍA DE ENTREVISTA ETNOGRÁFICA DIRIGIDA AL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

La presente entrevista, es de carácter confidencial, tiene como objetivo recolectar información sobre las creencias y costumbres que Usted tiene para cuidar a su familiar adulto mayor dependiente (postrado en cama) en el hogar.

**Fecha de entrevista:** \_\_\_\_\_

#### I. DATOS PERSONALES

Código \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_

Nivel de instrucción \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_

Tiempo que le diagnosticaron la enfermedad a su familiar: \_\_\_\_\_

Tiempo que cuida a su familiar: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

#### II. PREGUNTAS

1. ¿Cuál es la causa para que su familiar adulto mayor este postrado en cama?
2. ¿Cómo cuida diariamente a su familiar adulto mayor en su hogar desde que se encuentra postrado en cama? ¿Qué hace?
3. ¿Adaptó cosas u objetos para poder satisfacer las necesidades de alimentación, higiene, vestimenta, sueño etc. del adulto mayor postrado en cama?
4. ¿Qué medicamentos, pajitas u otros productos le da a su familiar adulto mayor postrado en cama? ¿Cómo le da?
5. ¿Cómo hace para evitar las escaras, caídas y otras complicaciones en el adulto mayor postrado en cama?
6. ¿Usted toma en cuenta algunas creencias y costumbres durante el cuidado de su familiar adulto mayor en cama? Porqué ¿cuáles?
7. ¿Las creencias religiosas de qué manera la ponen en práctica y cómo influye en cuidado de su familiar adulto mayor postrado en cama?
8. ¿Qué actividades recreativas realiza para distraer a su familiar adulto mayor postrado en cama?
9. ¿Qué hace usted para que los demás integrantes de la familia participen en el cuidado del adulto mayor postrado en cama? ¿Y qué realiza cada uno de ellos?
10. ¿Cómo le enseña la enfermera a cuidar a su familiar adulto mayor postrado en cama? ¿usted pone en práctica en el cuidado diario? ¿Porqué?
11. ¿Qué dificultades encuentra en su hogar para cuidar a su familiar adulto mayor postrado en cama? ¿Qué necesita?



## ANEXO 04: Resolución Emitida por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina



**CONSEJO DE FACULTAD**  
**RESOLUCIÓN N° 305-2018-USAT-FMED**  
 Chiclayo, 06 de abril de 2018

Vista la solicitud N° 148882 de fecha 05 de abril de 2018 que adjunta el documento de aprobación emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de las estudiantes Cisneros de los Ríos Yessenia Liliana y Inga López Marilú, de la Escuela de Enfermería.

**CONSIDERANDO:**

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de Investigación denominado: **Cuidado cultural en el hogar al adulto mayor dependiente Distrito – La Victoria 2018**, fue aprobado por el Comité Metodológico de la Escuela de Enfermería y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

**SE RESUELVE:**

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2º.- Disponer que las estudiantes gestionen ante las instituciones pertinentes las facilidades para la recolección de información.

Regístrese, comuníquese y archívese.



**SECRETARÍA ACADÉMICA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**FACULTAD DE MEDICINA**

Méd. Jorge Luis Limo Liza  
 Decano (e)  
 Facultad de Medicina

*[Signature]*

Msc. Blgo. Antero Enrique Yacarani Martínez  
 Secretario Académico  
 Facultad de Medicina

## ANEXO 06: Solicitud y Respuesta del Permiso de Ejecución Resolución Emitida



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE

CARTA N° 66 - CIEI-GRALA."JAV"-ESSALUD-2018  
Chiclayo, 15 de Mayo del 2018

NIT: 1298 – 2018 – 4210

Sr.

**DR. CARLOS CERRON RIVERA**

*Presidente del Centro de investigación – Red Asistencial de Lambayeque*

Presente.-

ASUNTO: OPINIÓN SOBRE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

REFER Carta N° 239-CENT.INVEST-GRALA."JAV".ESSALUD.2018  
Solicitud S/N de Investigador Principal (17-ABR-2018)

Mediante el presente saludo a usted y la vez hacerle llegar a su Despacho la CONSTANCIA DE EXONERACIÓN DE REVISIÓN N° 27-CIEI-GRALA."JAV".ESSALUD.2018, emitido por este Comité, dado que cumple con alguno de los tipos de investigaciones exceptuadas de revisión contempladas en el Anexo 6 de la Directiva N° 04-IETSI-ESSALUD-2016, Directiva que establece los Lineamientos para el desarrollo de la Investigación en EsSalud sobre el proyecto de investigación:

- **Título:** "CUIDADO CULTURAL EN EL HOGAR AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE-DISTRITO LA VICTORIA, 2018"
- **Autor(es):**  
BACH. ENF. YESENIA LILIANA CISNEROS DE LOS RIOS.  
BACH. ENF. MARILU INGA LOPEZ  
**Asesor (es)**  
DRA. ROSA JEUNA DIAZ MANCHAY
- **Institución:**  
UNIVERSIDAD SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
- **Facultad:**  
ENFERMERIA

Lo que informo a usted para su conocimiento y fines que el caso amerite.

Atentamente.

CDV/cva  
c.c. archivo

*Regulada*  
Dra. Susana L. Regulado Deza  
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
PRESIDENTA (e)  
EsSalud

[ciei.lambayeque@essalud.gob.pe](mailto:ciei.lambayeque@essalud.gob.pe)

Plaza de la Seguridad Social s/n  
Chiclayo – Lambayeque – Perú  
Telf. (074) 237776 Anexo 2317  
(074) 221555